علوم تربیتی



راهنمایی و مشاوره کودک

(مفاهیم و کاربردها)

دکتر عبدالله شفیع آبادی

راهنمایی و مشاورهٔ کودک

(مفاهیم و کاربردها)

دکتر عبدالله شفیع آبادی

تهران

۱۳۸۶

سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت)

علوم تربیتی ۵

شفیع‌آبادی، عبدالله، ۱۳۲۲ -
راهنمایی و مشاورهٔ کودک (مفاهیم و کاربردها) / عبدالله شفیع‌آبادی. — تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت)، ۱۳۷۹.
هشت، ۱۲۷ ص.: — («سمت»؛ ۷۷: علوم تربیتی؛ ۵)
ISBN 978-964-459-077-1
بها: ۱۱۰۰۰ ریال.
فهرستنویسی بر اساس اطلاعات فیپا.
پشت جلد به انگلیسی:
Abdollah Shafiabady.
Child Guidance and Counselling (Concepts and Applications)
کتابنامه: ص. [۱۲۳] - ۱۲۷.
چاپ اول: پاییز ۱۳۷۲، چاپ چهاردهم: زمستان ۱۳۸۶.
۱. کودکان - مشاوره. الف. سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت). ب. عنوان.
۷ ش ۵ م/ BF ۶۳۷ ۱۵۸/۳
کتابخانه ملی ایران م۷۳-۹۶۹/۷۵

سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت)

راهنمایی و مشاورهٔ کودک (مفاهیم و کاربردها)

دکتر عبدالله شفیع‌آبادی

چاپ اول: پاییز ۱۳۷۲

چاپ چهاردهم: زمستان ۱۳۸۶

تعداد: ۸۰۰۰

حروفچینی: سمت

چاپ و صحافی: سازمان چاپ و انتشارات، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

قیمت: ۱۱۰۰۰ ریال. در این نوبت چاپ قیمت مذکور ثابت است و فروشندگان و عوامل توزیع مجاز به تغییر آن نیستند.

آدرس ساختمان مرکزی: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، غرب پل یادگار امام (ره)، روبروی پمپ گاز، کدپستی ۱۴۶۳۶، تلفن ۲-۴۴۲۴۶۲۵۰.

www.samt.ac.ir info@samt.ac.ir

سخن «سمت»

یکی از اهداف مهم انقلاب فرهنگی، ایجاد دگرگونی اساسی در دروس علوم انسانی دانشگاهها بوده است و این امر، مستلزم بازنگری منابع درسی موجود و تدوین منابع مبنایی و علمی معتبر و مستند با درنظر گرفتن دیدگاه اسلامی در مبانی و مسائل این علوم است.

ستاد انقلاب فرهنگی در این زمینه گامهایی برداشته بود، اما اهمیّت موضوع اقتضا می‌کرد که سازمانی مخصوص این کار تأسیس شود و شورای عالی انقلاب فرهنگی در تاریخ ۶۳/۱۲/۷ تأسیس «سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها» را که به اختصار «سمت» نامیده می‌شود، تصویب کرد.

بنابراین، هدف سازمان این است که با استمداد از عنایت‌خداوند و همّت و همکاری دانشمندان و استادان متعهد و دلسوز، به مطالعات و تحقیقات لازم بپردازد و در هر کدام از رشته‌های علوم انسانی به تألیف و ترجمه منابع درسی اصلی، فرعی و جنبی اقدام کند.

دشواری چنین کاری بر دانشمندان و صاحبنظران پوشیده نیست و به‌همین جهت مرحلهٔ کمال مطلوب آن، باید بتدریج و پس از انتقادها و یادآوریهای پیاپی ارباب‌نظر به‌دست آید و انتظار دارد که این بزرگواران از این همکاری دریغ نورزند.

کتاب حاضر که دربرگیرندهٔ مفاهیم و کاربردهای راهنمایی و مشاوره کودک است برای دانشجویان رشتهٔ علوم تربیتی در مقطع کارشناسی به عنوان منبع اصلی درس «راهنمایی و مشاوره کودک» تدوین شده است. امید است علاوه بر جامعهٔ دانشگاهی دست‌اندکاران آموزش و پرورش نیز از آن بهره‌مند شوند.

از استادان و صاحبنظران ارجمند تقاضا می‌شود با همکاری، راهنمایی و پیشنهادهای اصلاحی خود، این سازمان را در جهت اصلاح کتاب حاضر و تدوین دیگر آثار مورد نیاز جامعهٔ دانشگاهی جمهوری اسلامی ایران یاری دهند.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه

عنوان	صفحه

تقدیم:

به کودکان امروز
که بزرگان آینده‌اند؛
به بازی کنندگان امروز
که مدیران و سیاست‌گذاران فردا هستند.

و

به مربیان و والدین
که به هستی کودکان معنی می‌بخشند
و سرنوشت آنان را رقم می‌زنند.

پیشگفتار

کودکان سرمایه‌های ارزشمند و سازندهٔ آیندهٔ جامعه هستند. آموزش و پرورش در دورهٔ کودکی ـ که زمان شکل‌گیری شخصیت و ایجاد عادات مختلف و پیشگیری از بروز مشکلات است ـ آیندهٔ فرد و جامعه را بنا می‌نهد و مسیر حرکت مملکت را مشخص می‌سازد. توجه به مسائل و مشکلات کودکان باعث پیشرفت و ترقی جامعه می‌شود و غفلت در رفع مشکلات آنان، خسارات جبران‌ناپذیری به بار می‌آورد؛ از این رو، سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی در آموزش و پرورش ابتدایی، از حسّاسترین و مهمترین وظایف دست‌اندرکاران و مسؤولان جامعه است و باید از اولویت ویژه‌ای برخوردار باشد.

هدف ما در این کتاب آشنا ساختن خواننده با خصوصیات، شیوه‌های شناخت، برقراری ارتباط صحیح، نحوهٔ کار کردن و در نهایت رفع مشکلات کودکان است. برای نیل به این هدف، ابتدا تعاریف، اهداف، تاریخچه، ضرورت و اصول راهنمایی و مشاورهٔ کودک مورد بررسی قرار گرفته، سپس مطالبی دربارهٔ خصوصیّات دورهٔ کودکی ارائه شده است تا دست‌اندرکاران آموزش و پرورش و مشاورهٔ کودک بتوانند رفتارهای عادی کودکان را از رفتارهای غیرعادی تشخیص دهند. پس از معرفی روشهای ارزیابی رفتار کودکان، نقش افراد مختلف در راهنمایی و مشاورهٔ کودک ارائه شده است. در قسمت دیگری از بحث، فنون و نظریه‌ها و روشهای تغییر دادن رفتار کودکان و به دنبال آن شناخت و درمان برخی از مشکلات آنان مطرح شده است. مطالب این کتاب می‌تواند مورد استفادهٔ مشاوران و روان درمانگران، مددکاران اجتماعی، مربیان، معلمان، والدین، دانش‌پژوهان رشته‌های روانشناسی و علوم تربیتی و پرستاری روانی و مشاوره و دست‌اندرکاران آموزش و پرورش قرار گیرد.

لازم می‌دانم از همهٔ کسانی که به نوعی در شکل‌گیری و تکمیل محتوای این کتاب نقش داشته‌اند (از نویسندگان مختلف به دلیل بهره‌گیری از نوشته‌هایشان و از مسؤولان محترم سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها به دلیل فراهم آوردن مقدمات کار برای آغاز تألیف و سپس انتشار کتاب) صمیمانه تشکر کنم. درک و تفاهم و همکاری اعضای خانواده‌ام ـ همسر و دو فرزندم ـ که همچون گذشته با حوصله و گذشت فراوان، نگارش این کتاب را ممکن ساختند، در خور سپاس و تقدیر است.

عبدالله شفیع آبادی
استاد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی
دانشگاه علامه طباطبایی
بهار ۱۳۷۲

فصل اول

کلیات

بررسی تعاریف، اهداف، تاریخچه، ضرورت و اصول راهنمایی و مشاورهٔ کودک است. راهنمایی با مشاوره تفاوت دارد. هدف اصلی راهنمایی آن است که از طریق ارائه اطلاعات درست و مناسب، آگاهی فرد را در زمینهٔ مورد نظر افزایش دهد تا او بتواند از بروز مشکلات در آینده پیشگیری کند؛ در حالی که در مشاوره بر حل مشکلات تأکید می‌شود.

تعاریف

راهنمایی کودک

راهنمایی ـ که معنی لغوی آن هدایت و ارشاد و اداره کردن است ـ مفهوم و کاربرد گسترده‌ای دارد و پند و اندرز و مطالعهٔ کتاب یا جدول یا مقاله و گوش دادن به یک سخنرانی و خطابه را شامل می‌شود. راهنمایی، بصیرت و آگاهی کودک را در زمینه‌های گوناگون افزایش می‌دهد و موجبات رشد و نیل او را به درجات بالاتری از کمال فراهم می‌آورد. راهنمایی کودک، یک سلسله فعالیتهای یاری دهندهٔ منظم و سازمان یافته است که به رشد متعادل و همه جانبه و حداکثر استفاده از امکانات و تواناییهای بالقوهٔ کودک می‌انجامد.

کودک از طریق راهنمایی: ۱) تواناییهایش را می‌شناسد؛ ۲) به محدودیتهایش پی می‌برد؛ ۳) با امکانات محیطی آشنا می‌شود و نحوهٔ استفادهٔ مؤثر از آنها را می‌آموزد؛ ۴) چگونگی برقراری ارتباط درست و همزیستی مسالمت‌آمیز با دیگران را یاد می‌گیرد.

راهنمایی، کودک را یاری می‌دهد تا دریابد که کیست؟ چگونه رفتار کند؟ انتظارات دیگران از او چیست؟ و در نهایت با شناخت خود و محیط بتواند برای تأمین نیازهای فردی و اجتماعی خود تصمیمات مناسبی بگیرد.

همهٔ کودکان را نمی‌توان با یک روش راهنمایی کرد. حتی برای حل مشکلات به ظاهر مشابه، ممکن است روشهای متفاوتی به کار رود؛ از این رو، در راهنمایی کودکان نباید از یک روش قالبی استفاده شود، بلکه راهنما با توجه به خصوصیات کودک و علل مشکل، باید روشهای مناسبی انتخاب کند و به مرحلهٔ اجرا درآورد. همچنین راهنمایی کودکان به صورت فردی و گروهی انجام می‌شود. از طریق راهنمایی گروهی، به تعدادی کودک که در یک مکان گرد آمده‌اند، در زمینه‌های متعدد اطلاعات می‌دهند. راهنمایی گروهی که نقش آن پیشگیری از بروز مشکلات است، موجب صرفه‌جویی در وقت و هزینه می‌شود. مشاور و معلم می‌توانند با استفاده از ابزار و وسایلی نظیر فیلم و اسلاید و بروشورهای مختلف، کودکان را از طریق گروهی راهنمایی کنند.

مشاورهٔ کودک

معنی لغوی مشاوره، همکاری کردن و رأی و نظر تخصصی دیگران را برای انجام دادن کاری خواستن است. مشاورهٔ کودک، به منزلهٔ یک هنر، تعامل فعال بین مشاور و کودک است که بدان وسیله کودک پس از طرح مشکل، باکمک مشاور، تواناییها، امکانات و نیز محدودیتهایش را می‌شناسد و در نهایت به حل مشکلش اقدام می‌کند. در مشاورهٔ کودک، به منزلهٔ یک فعالیت تخصصی، وجود جوّی مملو از درک و تفاهم بین مشاور و کودک ضرورت دارد. با برقراری این ارتباط عاطفی و پذیرا، کودک مشکلش را به نحو مقتضی مطرح می‌سازد و از مشاور تقاضای کمک می‌کند.

انواع مشاوره. مشاوره از دیدگاههای مختلف به انواع متعددی تقسیم می‌شود. این تقسیم بندی صوری است و به منظور سهولت عمل مشاور انجام می‌شود و مشاور هنگام مشاوره از همهٔ انواع، همزمان استفاده می‌کند. مشاوره از نظر موضوع به مشاورهٔ تحصیلی، شغلی، خانوادگی و بهداشتی و از نظر اجرا به فردی و گروهی تقسیم

می‌شود. در مشاورهٔ فردی، مشاور در هر جلسه فقط با یک کودک به مشاوره می‌پردازد؛ در حالی که در مشاورهٔ گروهی تعداد کودکان در هر جلسهٔ مشاوره بیش از یک نفر است.

مشاورهٔ گروهی باکودکان. چون مشاورهٔ گروهی باکودکان در سطح وسیعی انجام می‌شود، مشاور باید با نحوهٔ تشکیل و ادارهٔ جلسهٔ مشاورهٔ گروهی آشنا باشد. مشاورهٔ گروهی، یک سلسله فعالیتهای سازمان یافته است که با تعدادی کودک در زمان معینی انجام می‌شود. هدف این فعالیتها در مرحلهٔ اول معمولاً حل مشکل و در مرحلهٔ بعد پیشگیری از بروز مشکلات است.

مشاورهٔ گروهی باعث می‌شود: ۱) کودک با دیگران دوست شود؛ ۲) بداند که دیگران نیز همچون او مشکل دارند؛ ۳) حمایت و پذیرش دیگران را به دست آورد؛ ۴) از دیگران بیاموزد؛ ۵) احساساتش را بیان کند و به آرامش درون برسد؛ ٦) در مقایسه با دیگران خودش را بهتر بشناسد؛ ۷) انتقاد دیگران را با متانت و بردباری بپذیرد؛ ۸) برقراری روابط اجتماعی را بیاموزد.

مشاورهٔ گروهی همچنین از نظر زمان و هزینه در مقایسه با مشاورهٔ فردی، مقرون به‌صرفه است و تصمیمات اتخاذ شده درگروه از ضمانت اجرایی بیشتری برخوردار است.

برای تشکیل مشاورهٔ گروهی با کودکان، مشاور باید مواردی را رعایت کند: ۱) عضویت کودک در گروه کاملاً آزاد و داوطلبانه انجام شود؛ ۲) تعداد کودکان در گروه، پنج یا شش نفر بیشتر نباشد؛ ۳) گروه در اتاقی تشکیل شود که آزادی حرکت و جابجایی صندلیها برای کودکان به آسانی ممکن باشد؛ ۴) کودکان مجاز باشند در صورت تمایل، حضور در گروههای مختلف را تجربه کنند؛ ۵) با کودکان گروه در صورت نیاز، مشاورهٔ فردی نیز انجام پذیرد؛ ٦) گفتگوها و مباحث جلسات گروهی محرمانه تلقی شود.

مشاور برای تشکیل گروه باید هدف یا اهداف معینی داشته باشد. مشاور در جلسهٔ اول، خود را به کودکان معرفی می‌کند و دربارهٔ گروه با آنان به‌گفتگو می‌پردازد واز کودکان می‌خواهد تا خود را معرفی کنند و علایق و هدفهای خود را مطرح سازند، سپس

با توافق اعضای گروه، حد و مرزی برای رفتارهای خاص در گروه معین می‌شود؛ برای مثال، درگروه بازی درمانی، توافق می‌شود که کودکان ابزار و وسایل بازی را نشکنند، به سوی یکدیگر پرتاب نکنند و آنها را از اتاق بیرون نبرند.

برای آنکه مشاورهٔ گروهی به نتایج مؤثری بینجامد مشاور باید: ۱) علاوه بر ایفای نقش رهبری، خود نیز به عنوان یک عضو در بحثها و فعالیتهای گروه شرکت کند؛ ۲) به همهٔ کودکان توجه داشته باشد و مسائل آنان را بخوبی درک کند؛ ۳) همهٔ کودکان را در فعالیت گروهی شرکت دهد و طوری عمل کند که هیچ کودکی خود را منزوی نسازد؛ ۴) در مواقع ضروری روشهای مناسب برای حل مشکلات پیشنهاد کند (۲۸:۶۷-۷۷)[1].

مقایسهٔ راهنمایی کودک با مشاورهٔ کودک

راهنمایی کودک با مشاورهٔ کودک تفاوت دارد. راهنمایی کودک دارای مفهوم کلی و کاربرد وسیعی است و تمام برنامه‌ها و تلاشهایی را شامل می‌شود که برای کمک به بهبود رفتار و رشد کودک تهیه شده، به مرحلهٔ اجرا در می‌آید. راهنمایی کودک در وهلهٔ اول از بروز مشکلات پیشگیری می‌کند؛ در حالی که در مشاورهٔ کودک ـ که یکی از فنون و خدمات راهنمایی است ـ اولویت بر درمان مشکلات است. همان گونه که می‌دانیم پیشگیری نه تنها بر درمان تقدم دارد، بلکه پراهمیت تر، ساده‌تر، ارزانتر و عملی‌تر نیز خواهد بود.

روان درمانی کودک

مقایسهٔ روان درمانی کودک با مشاورهٔ کودک، بی‌فایده نخواهد بود. روان درمانی، تلاش تخصصی پویایی است که بدان وسیله درمانگر به درمان کژرفتاریها و اختلالات

---

۱. منابع ارجاعی در متن کتاب با شماره مشخص شده است که رقم سمت راست نشاندهندهٔ شماره منبع موردنظر در فهرست منابع پایان کتاب است و رقم یا رقمهای سمت چپ، شماره صفحات موردنظر را در آن منبع نشان می‌دهد.

روانی، تغییر یا توقف علائم بیماری و در نهایت دگرگون‌سازی شخصیت کودک در جهت معیارهای مطلوب فردی و اجتماعی اقدام می‌کند. از طریق روان درمانی، درمانگر متخصص بابهره گیری از روشهای روانشناختی به حل مشکلات کنشی درمانجو می‌پردازد و او را در نیل به رشد فکری و سلامت روانی یاری می‌دهد (۲:۷).

دربارهٔ تمایز مشاوره با روان درمانی سخن بسیارگفته شده است. همهٔ نظریه‌پردازان مشاوره و روان درمانی بر این مورد اتفاق نظر دارند که مشاوره و روان درمانی، یک رابطهٔ تخصصی یاری دهنده بین درمانجو و درمانگر است که به حل مشکل کنشی درمانجو می‌انجامد. عده‌ای از متخصصان، بین روان درمانی و مشاوره تفاوت قائلند و روان درمانی را برای حل مشکلات حاد و ایجاد تغییرات بنیادی در شخصیت مؤثر می‌دانند و مشاوره را برای رفع مشکلات سطحی توصیه می‌کنند. عدهٔ دیگری از متخصصان تفاوت چشمگیری بین مشاوره و روان درمانی قائل نیستند. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت بین مشاوره و روان درمانی کودک بیش از آنکه کیفی باشد، کمّی است؛ یعنی در مشاوره مسائل عاطفی حاد کمتر مطرح می‌شود، نگرش مثبت بیشتری نسبت به مراجع و نگرانی او وجود دارد و مدت درمان کوتاهتر است.

اهداف راهنمایی و مشاورهٔ کودک

هدف به معنی نشانهٔ تیر، آنچه آدمی برای رسیدن به آن می‌کوشد و نقطهٔ مورد نظر است. هدف، محرک اصلی رفتار است و فرد را به کوشش و فعالیت وا می‌دارد. بدون درک روشن از هدف نهایی فرد، شناخت دقیق رفتار او ممکن نیست. اهداف راهنمایی و مشاورهٔ کودک از دیدگاههای متعدد قابل بررسی است.

راهنمایی و آموزش و پرورش از یکدیگر تفکیک ناپذیرند و اهداف آنها مؤید یکدیگر است. اِعمال برنامه‌های راهنمایی مناسب و پویا، به غنای آموزش و پرورش می‌انجامد و کودک را در خودشناسی، مسؤولیت پذیری، شناخت محیط، توانایی تصمیم گیری، حل مسائل، برقراری رابطه با اطرافیان، شناخت و ارضای مناسب نیازهای فردی و اجتماعی و آشنایی با ارزشهای مطلوب و قبول آن یاری می‌دهد. از طریق

راهنمایی: نخست، کودکانی که استعداد ویژه دارند یا کسانی که به کمکهای خاص نیازمندند شناخته می‌شوند و برای کارکردن با آنان وضعیت مطلوب فراهم می‌آید؛ دوم، به کودکان فرصت داده می‌شود تا تصمیم‌گیری درست را بیاموزند و مشکلاتشان را حل کنند؛ سوم، به کودکان کمک می‌شود تا پس از پایان تحصیلات دورهٔ ابتدایی احتمالاً بتوانند به کاری مشغول شوند و زندگی رضایت‌بخشی داشته باشند؛ چهارم، به کودکان فرصت داده می‌شود تا برای تأمین نیازهایشان از منابع و امکانات جامعه حداکثر استفاده را بکنند.

مشاوره سه هدف آنی، میانی و غایی دارد. اهداف آنی مشاوره از آنچه در لحظه به لحظهٔ جلسهٔ مشاوره واقع شده، ناشی می‌شود. اهداف میانی مشاوره به دلایل و عللی وابسته است که کودک به منظور آنها تقاضای کمک کرده است و در نهایت، اهداف غایی مشاوره از نظریات فلسفی مشاور دربارهٔ انسان سرچشمه می‌گیرد. هر متخصص با توجه به اعتقادات، آموزشها و نگرش خود نسبت به ماهیت انسان، هدف مشخصی برای مشاوره پیشنهاد می‌کند. تقریباً تمام مشاوران معتقدند که مشاوره باید به ایجاد تغییرات مناسب در رفتار کودک به منظور تأمین زندگی مفیدتر و رضایت‌بخش‌تر و خلاّقتر بینجامد. افزایش خودشناسی، بهبود و تسریع رشد همه جانبه، یادگیری شیوه‌های صحیح تصمیم‌گیری و حل مسأله، ارضای نیازها به طور مناسب، استفادهٔ بهتر از امکانات و منابع جامعه، افزایش احساس مسؤولیت درقبال خود وجامعه، برقراری رابطهٔ مطلوب با اطرافیان، افزایش احساس ارزشمندی و اعتماد به نفس و تغییر در نگرشها و رفتارهای نامطلوب از دیگر اهداف مشاورهٔ کودک محسوب می‌شود.

می‌توان گفت هدف از مشاورهٔ کودک، نخست تغییر در رفتار کودک است، به طوری که بتواند یک زندگی مفید و هماهنگ با تقاضاهای جامعه داشته باشد؛ دوم، تأمین بهداشت روانی مناسب است، به طوری که کودک بتواند با خود و دیگران مسؤولانه زندگی کند و رفتارش مستقل و منسجم باشد؛ سوم، کودک به حل مشکلاتش موفق شود وبتواند درآینده بابررسی صحیح مشکلات، تصمیمات مناسبی در زمینه‌های گوناگون بگیرد.

تاریخچهٔ راهنمایی و مشاورهٔ کودک

قبل از رنسانس و حتی سالها پس از آن، آموزش و پرورش کودکان و برخورد با آنان بر اساس تواناییها و علایق آنان انجام نمی‌گرفت و از کودکان انتظار می‌رفت همچون بزرگسالان بیندیشند و رفتار کنند. در آن دوره، راهنمایی کودک معنی و مفهوم چندانی نداشت. در سالهای بعد، بتدریج نگرش متداول گذشته نسبت به کودک ـ بویژه در خانواده‌های طبقات مرفه ـ تغییر کرد و والدین به بازی کردن و سرگرم ساختن کودکان پرداختند و به طور دوستانه با آنان رفتار کردند و تفاوتهای کودکان را در آموزش و پرورش آنان در نظر گرفتند.

متفکران بسیاری از جمله اسپنسر، بینه و گالتون در پیدایش راهنمایی و مشاورهٔ کودک نقش مهمی داشته‌اند. اولین بار در سال ۱۸۸۴ گالتون و سپس در سال ۱۸۹۳ سولی[1] ضمن تحقیقات و فعالیتهای خود به نوعی، اهمیت شناخت خصوصیات کودکان و ضرورت همکاری معلمان را در ارتقای کیفی آموزش و پرورش مطرح ساختند (۱۵ـ۱۲:۴۶).

حدود سال ۱۹۰۰ با تهیهٔ آزمونهای روانی و توجه به تشخیص و تربیت عقب‌مانده‌های ذهنی، کلینیکهای راهنمایی کودک در برخی نقاط جهان تأسیس شد و بدان وسیله مقدمات ایجاد مراکز مشاوره فراهم آمد. مقارن همان زمان، درمان رسمی مشکلات رفتاری کودکان آغاز شد و زیگموند فروید کودک پنج‌ساله‌ای را که بشدت از اسب می‌ترسید و از خانه بیرون نمی‌رفت، با موفقیت درمان کرد. تقریباً بیست سال بعد، روش درمانی فروید به طور وسیع در مورد کودکان به کار گرفته شد (۵ـ۳:۶۲).

در سال ۱۹۱۴ با به رسمیت شناخته شدن راهنمایی کودک، علل سازگاری و ناسازگاری کودکان در مدرسه و جامعه و خانواده مورد بررسی جدی قرار گرفت. در نتیجهٔ این تلاشها، نقش عوامل اجتماعی خارج از مدرسه در ایجاد مشکلات

---

1. Sully.

دانش‌آموزان، مهم تلقی شد و روانشناسان با کمک مددکاران اجتماعی در کلینیکهای روانشناسی، مشکلات کودکان را بررسی و حل و فصل کردند.

بعد از جنگ اول جهانی، آدلر به تأسیس کلینیکهای راهنمایی کودک در مدارس وین اقدام کرد. دراین مراکز علاوه بر راهنمایی کودکان، به‌والدین نیزآموزشهای ضروری به منظور آگاهی از روشهای تربیت‌صحیح کودکان داده می‌شد. این مراکز درسال ۱۹۳۴ با روی کار آمدن فاشیسم تعطیل شد و به امریکا انتقال یافت.

به دنبال جنگ دوم جهانی، تأسیس مراکز راهنمایی و مشاورهٔ کودک در کشورهای اروپایی و امریکایی بیش از پیش ضروری تشخیص داده شد. با تأسیس این مراکز، روانشناسان و مددکاران اجتماعی به کودکان کمک کردند تا مشکلات مربوط به خود را حل کنند.

در قرن بیستم به ایجاد برنامه‌های تربیتی برای بهبود و رشد کودکان توجه بیشتری شد، به طوری که بین سالهای ۱۹۵۹ ـ ۱۹۷۹ (برگزاری اولین کنفرانس دربارهٔ کودکان وسال جهانی کودک) برای شناسایی و درمان اختلالات رفتاری کودکان، اقدامات چشمگیری انجام گرفت. نتایج این تلاشها به صورت کتابهای گوناگون و تحقیقات مختلف دربارهٔ کودکان به بازار علم عرضه شد.

ضرورت راهنمایی و مشاورهٔ کودک

تحقق اهداف آموزش و پرورش و ارضای نیازهای کودکان به طور مناسب، راهنمایی و مشاورهٔ کودک را ضرورت می‌بخشد. نیازهای کودکان از جمله نیازهای جسمانی، نیاز به ایمنی، نیاز به محبت و احساس تعلق، نیاز به ارزشمندی و اعتماد به نفس و نیاز به خودشکوفایی، از طریق اجرای برنامهٔ راهنمایی و مشاوره به طور مناسبتر و مطلوبتر تأمین می‌شود.

پیشرفت و تعالی هر مملکت به کارآمد بودن نظام آموزش و پرورش آن کشور وابسته است. سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی در آموزش و پرورش ابتدایی، نوعی سرمایه‌گذاری درازمدت، ولی پرسود است و هرگونه بی‌توجهی به آن، جامعه و کشور را

با خسارات و ضایعات جبران‌ناپذیری مواجه خواهد ساخت. اهداف اصلی آموزش و پرورش ابتدایی عبارت است از: آشنا ساختن کودکان با زندگی اجتماعی، ایجاد و تقویت توانایی گوش دادن، سخن گفتن درست، تفکر و استدلال، درک ارزشها، آموزش خواندن و نوشتن و حساب کردن و تربیت دینی و اخلاقی. در تمام این موارد، از طریق راهنمایی و مشاوره، کودکان و مربیان و والدین در شناسایی بهتر و بیشتر خصوصیات این دوره و دریافت راه‌حلهای مناسب برای مشکلات موجود هدایت می‌شوند.

کودکان در روند رشد و زندگی روزمره با مشکلاتی مواجه می‌شوند که اگر بموقع برطرف نگردد، در دوره‌های بعد حاد و شدید خواهد شد. عواطف و رفتار و احساسات آنان انعطاف‌پذیرتراست و هر گونه اقدام پیشگیرانه و درمانی، باعث رشد یک شخصیت سالم و متعادل در سالهای آتی می‌شود. مشاور باکمک والدین و مربیان می‌تواند کودک را در رفع مشکلات و ایجاد رفتارهای مناسب یاری دهد.

اصول راهنمایی و مشاورهٔ کودک

اصل به معنی بن، ریشه، قانون اساسی و زیربنایی و قاعده یا قانون رفتار است. اصول راهنمایی و مشاورهٔ کودک، ماهیت عمل و نحوهٔ فعالیت مشاور را مشخص می‌سازد. اصول مهم راهنمایی و مشاورهٔ کودک بدین شرح است:

۱. راهنمایی و مشاورهٔ کودک یک روند مداوم و مستمر است و در هر سه دورهٔ کودکی (در هر دوره با روش و اهداف خاصی) باید در مورد وی اعمال شود. در دورهٔ شیرخوارگی که رشد جسمانی بسیار سریع است، کودک باید توسط مادر و دیگر اعضای خانواده بخوبی تغذیه شود و مراقبتهای بهداشتی به عمل آید. در دورهٔ کودکستانی و دبستانی که رشد اجتماعی و ذهنی سریع می‌شود، کودک علاوه بر راهنمایی در بعد جسمانی، باید در ابعاد ذهنی، اجتماعی، عاطفی و اخلاقی نیز توسط افراد صلاحیت‌دار راهنمایی شود و موانع رشدی و مشکلات رفتاری او برطرف گردد.

۲. راهنمایی و مشاورهٔ کودک باید به رشد همه جانبه و متعادل او در همهٔ ابعاد وجودی بینجامد. از طریق خدمات راهنمایی و مشاوره باید تمام ابعاد وجودی کودک

به طور هماهنگ رشد کند؛ از این رو، مشاور باید به کودک فرصت دهد تا در تمام ابعاد وجودی رشد کند و تنها به رشد یک بعد وجودی او توجه نکند.

۳. راهنمایی و مشاورهٔ کودک بر خودشناسی و آگاهی صحیح کودک از تواناییها و محدودیتهایش متکی است؛ بدین معنی که در راهنمایی و مشاوره به هیچ وجه از نقاط ضعف کودک چشم‌پوشی نمی‌شود. مشاور باید کودک را از نقاط ضعف و محدودیتهایش نیز آگاه سازد تا بیهوده و نسنجیده دست به هر کاری نزند. مشاور با تأکید بر تواناییها، کودک را به اصلاح نقاط ضعف ترغیب و تشویق می‌کند. راهنمایی کودک زمانی مؤثر و مفید خواهد بود که خصوصیات او با استفاده از وسایل و ابزار سنجش دقیق و معتبر بدرستی شناخته شود؛ از این رو، جمع‌آوری اطلاعات کامل و جامع به منظور شناخت نقاط قوّت و ضعف کودک ضرورت دارد.

۴. راهنمایی و مشاورهٔ کودک یک فعالیت جمعی است و به مشارکت و همکاری والدین و معلمان و تمام مؤسسات و نهادهای اجتماعی نیاز مبرم دارد. مشاور به هیچ وجه نمی‌تواند به تنهایی در راهنمایی و مشاورهٔ کودک موفق شود، مگر آنکه همگان در مواقع ضروری به کمک او بشتابند و هر کس قسمتی از وظایف واگذار شده را به انجام برساند.

۵. راهنمایی و مشاورهٔ کودک بر اساس احترام به کودک و ارزشمند بودن او انجام می‌شود. مشاور، به کودکان به عنوان انسانهایی ارزشمند، توانمند، بامنزلت و بی‌همتا می‌نگرد. اگر به کودک احترام گذاشته شود، او احساس ارزشمندی و امنیت خواهد کرد و به همکاری و مشارکت در جلسهٔ مشاوره تمایل بیشتری خواهد داشت. مشاور باید همواره به طریقی عمل کند که احساس ارزشمندی در کودک تقویت شود.

۶. راهنمایی و مشاورهٔ کودک، آزادانه انجام می‌شود، نه با اجبار و فشار. راهنمایی و مشاوره به تسهیل رشد و در نهایت حل مشکل می‌انجامد. این هدف، زمانی برآورده خواهد شد که کودک به مشاور اعتماد کند و جلسهٔ مشاوره رامحیط امن و عاری از تهدید بداند. هیچ کس را نمی‌توان کمک کرد مگر آنکه خودش خواهان

دریافت کمک باشد. اگر کودکی بر خلاف میل باطنی به انجام دادن کاری مجبور شود، به هیچ وجه با مشاور همکاری نخواهد کرد؛ از این رو، مشاور باید کودکانی را که به راهنمایی و مشاوره تمایل چندانی ندارند، ابتدا از طریق ایجاد رابطهٔ حسنه و پذیرش، به شرکت و حضور درجلسهٔ مشاوره ترغیب و تشویق کند.

۷. در راهنمایی و مشاورهٔ کودک باید به رازداری و محرمانه بودن محتوای جلسهٔ مشاوره توجه شود و مشاور بدون اجازهٔ کودک مطالب عنوان شده در جلسات مشاوره رابا هیچ کس درمیان نگذارد. مشاور باید کودک را مطمئن سازد که مطالب و محتوای جلسات مشاوره کاملاً محرمانه است و بدون اجازه و موافقت قبلی کودک هیچ قسمتی از بحث و مطلب جلسه را با دیگران مطرح نخواهد کرد. مشاور پس از جلب رضایت کودک، می‌تواند با والدین دربارهٔ مشکلات کودک گفتگو کند.

خلاصه

در این فصل گفته شد که راهنمایی کودک مجموعه فعالیتهای یاری‌دهندهٔ منظمی است که به رشد متعادل و همه جانبه و حداکثر بهره‌گیری از امکانات و تواناییهای بالقوه کودک می‌انجامد. از طریق مشاوره و روان‌درمانی ـ که فعالیتی تخصصی است و به صورت فردی و گروهی انجام می‌گیرد ـ مشکل کودک حل می‌شود. روشهای راهنمایی و مشاورهٔ کودکان متفاوت است و با توجه به خصوصیات کودک و علل مشکل، باید از روشهای مناسبی استفاده شود.

از طریق راهنمایی و مشاوره، به کودک کمک می‌شود تا خود و محیط رابشناسد؛ تصمیم‌گیری درست را بیاموزد؛ از امکانات و فرصتها بهتر استفاده کند و تغییرات مطلوبی در رفتارش به وجود آورد. تأسیس مراکز راهنمایی کودک توسط آدلر، در گسترش راهنمایی و مشاورهٔ کودک نقش بسزایی داشت. راهنمایی و مشاورهٔ کودک، نیازهای کودکان را به نحو مناسب برآورده می‌سازد و آنان را در حل مشکلاتشان یاری می‌دهد. در راهنمایی و مشاورهٔ کودک، باید به کودکان احترام گذاشته شود و با تأکید بر نقاط قوّت، نقاط ضعف آنان اصلاح گردد.

فصل دوم

خصوصیات کودکان

برای کارکردن باکودکان، آشنایی با خصوصیات آنان ضرورت دارد؛ زیرا بدون شناخت خصوصیات کودکان، کارکردن با آنان غیرممکن است. کودکی ـ که تولد تا حدود دوازده سالگی را در بر می‌گیرد ـ به سه دورهٔ شیرخوارگی، پیش‌دبستانی و دبستانی تقسیم می‌شود.

در این فصل، خصوصیات بهنجار رشد کودکان در ابعاد جسمانی، ذهنی، روانی، اجتماعی و اخلاقی به اختصار بررسی می‌شود تا مشاوران ضمن آشنایی با آنها، بتوانند موارد استثنایی و غیر عادی را تشخیص دهند و به طور مناسب در صدد رفع مشکلات برآیند.

الف) خصوصیات دورهٔ شیرخوارگی

دورهٔ شیرخوارگی از تولد تا دو سالگی را شامل می‌شود. در لحظهٔ تولد وابستگی فیزیولوژیکی نوزاد به مادر پایان می‌یابد و بتدریج زندگی مستقل او آغاز می‌شود. نوزاد پس از تولد برای ادامهٔ زندگی، باید بتواند برخی از نیازهایش از جمله تنفس، تنظیم حرارت بدن، خواب و استراحت، دفع مواد زائد و تغذیه را به طور مستقل برآورده سازد. تغییرات دو سال اول زندگی در ابعاد جسمانی، ذهنی، روانی، اجتماعی و اخلاقی، کودک را برای انجام دادن اعمال روزانه‌اش آماده می‌سازد. در اینجا رشد کودک را در این دوره در ابعاد مختلف به اختصار بررسی می‌کنیم (۳۳:۵۱-۶۳ ؛ ۱۲:۷۹-۹۸ ؛ ۱۴:۱۲۷-۱۵۰ ؛ ۲۷:۱۰۴-۱۲۵).

۱. رشد جسمانی

گرچه رشد جسمانی سریع، از مشخصات مهم اولین سال زندگی کودک است، به علت تفاوتهای فردی، معیارهای رشد جسمانی در همهٔ موارد و در تمام سنین قطعیت ندارند. هنگام تولد، کودک زندگی انگلی درون رحم مادر را رها می‌سازد و زندگی مستقل در بیرون رحم را آغاز می‌کند. در لحظهٔ تولد باید رشد نظام عصبی و جسمی نوزاد به حدی باشد که بتواند او را در برابر عوامل و اوضاع خارجی نظیر گرما، سرما و فشار هوا محافظت کند. قد نوزاد در لحظهٔ تولد حدود پنجاه سانتیمتر و وزنش تقریباً سه و نیم کیلوگرم است. چند روز پس از تولد، پنج تا ده درصد وزن نوزاد از بین می‌رود و پس از آغاز شیر خوردن و عادت به زندگی جدید، مجدداً وزنش افزایش می‌یابد. درسال اول زندگی بر قد و وزن کودک بسرعت افزوده می‌شود و در پایان یکسالگی قد به حدود ۷۵ سانتیمتر و وزن به حدود ده کیلوگرم می‌رسد. در این دوره، اندامهای مختلف بدن به نسبت مساوی رشد نمی‌کنند و رشد سر و صورت از دیگر اندامها کندتر است. استخوانها که در آغاز نرم و غضروفی هستند، بتدریج سخت می‌شوند. سخت شدن استخوانها در دختران زودتر از پسران انجام می‌پذیرد. عوامل ارثی، بیماریها، حساسیتها و سوءتغذیه، سفت شدن استخوانها را مختل می‌سازد. زمان رویش اولین دندانهای شیری در کودکان، متفاوت است و معمولاً در دختران زودتر از پسران اتفاق می‌افتد. گرچه معمولاً در پنج تا هفت ماهگی اولین دندان شیری در قسمت جلو و پایین می‌روید، گاهی ممکن است رویش آن مدتی به تعویق افتد. تعداد دندانهای شیری در یکسالگی به حدود شش تا می‌رسد.

در دومین سال زندگی ـ که رشد جسمانی همچون سال اول سریع نیست ـ قد کودک به حدود ۸۵ سانتیمتر و وزنش به حدود دوازده و نیم کیلوگرم می‌رسد و هنوز مقداری از استخوانهای کودک دو ساله به صورت غضروف و نرم هستند. معمولاً در هجده ماهگی، ملاج کودک سفت می‌شود و بیشتر دندانهای شیری او می‌رویند. بالاتنهٔ کودک دو ساله نسبتاً سنگینتر است و سرش نسبت به بدن بزرگتر می‌نماید و دستهایش بلند و پاهایش کوتاه هستند. مغز نوزاد که در لحظهٔ تولد حدود ۳۵۰ گرم وزن داشت، در

دو سالگی به حدود یک کیلوگرم می‌رسد. بدن دختران نسبت به پسران چربی بیشتر و عضلات و آب کمتری دارد.

۲. رشد حسی ـ حرکتی

نوزادان، انسانهای توانمندی هستند و از همان لحظهٔ تولد از طریق حواس بینایی، شنوایی، چشایی، بویایی و لامسه به دریافت اطلاعات و شناخت محیط اقدام می‌کنند. علی‌رغم تلاشهای بسیاری که برای شناخت عملکرد حواس نوزادان به عمل آمده است، هنوز اطلاعات جامع و کاملی دربارهٔ تواناییهای حسی آنان در دست نیست. انقباض مردمک چشم نوزادان در مقابل نور، مؤید آن است که نوزادان به محرکهای بینایی پاسخ می‌دهند. پاسخ نوزاد به محرکهای بیرونی که در لحظهٔ تولد آهسته است، بتدریج سریعتر می‌شود. حس چشایی نوزاد در دو هفتهٔ اول زندگی بسرعت افزایش می‌یابد، به طوری که از چشیدن شیرینی خوشحال و از تلخی ناراحت می‌شود. نوزادان در برابر گرما و سرما و درد نیز واکنش نشان می‌دهند، به دستکاری اشیا علاقه‌مندند، از تنوع خوششان می‌آید، برای شناخت محیط کنجکاوی می‌کنند و به محرکهایی که برایشان تازگی دارد تمایل شدید نشان می‌دهند.

کودک یکساله برای دستیابی به یک شیء به ترتیب از شانه‌ها، بازوها، مچ و انگشتهای خود استفاده می‌کند. رشد حرکتی کودک، از عضلات درشت به سوی عضلات ریزتر انجام می‌شود؛ از این رو، حرکات ناموزون بتدریج به حرکات موزون مبدل می‌شود. رشد عصبی ـ عضلانی موجب نشستن، خزیدن، ایستادن و راه رفتن می‌شود. کودک سه یا چهار ماهه می‌تواند تقریباً یک دقیقه با کمک دیگران و با تکیه بر پشتی بنشیند و در شش ماهگی قادر است بدون کمک دیگران بنشیند. کودک هفت یا هشت ماهه خود را با شکم روی زمین می‌کشد. در این هنگام هنوز ماهیچه‌های تنه، بازوها و پاها برای حفظ تعادل بدن رشد کافی نیافته‌اند. کودک در حدود ده ماهگی می‌تواند خود را با دستها و بازوانش روی زمین بکشد و چهار دست و پا راه برود. در حدود یازده ماهگی بدون کمک دیگران می‌تواند بایستد و در دوازده یا سیزده‌ماهگی

قادر است بدون کمک دیگران راه برود. در هجده ماهگی می‌تواند بدون کمک دیگران از پله‌ها بالا و پایین برود. در بیست ماهگی می‌تواند روی صندلی کوچک بنشیند و در دو سالگی بخوبی می‌دود و کمتر زمین می‌خورد.

تفاوتهای بارزی در سن راه افتادن بین کودکان وجود دارد. در صورتی که راه رفتن کودک تا دو سالگی به تعویق افتد، انجام دادن معاینات و پیگیری علت، ضرورت می‌یابد. رشد نظام عصبی ـ عضلانی در نشستن، ایستادن و راه رفتن کودک بیش از تمرین و تجربه مؤثر است. منع کودک از تمرین و فعالیت، موجب کندی و تشویق او به تلاش بیشتر، باعث تسریع حرکات می‌شود. بیماریهای طولانی و شدید ممکن است راه افتادن کودک را به تعویق اندازد.

۳. رشد ذهنی

هوش، قدرت سازگاری فرد با محیط تلقی شده است. ذهن کودکان در دو سال اول زندگی، درمرحلهٔ حسی ـ حرکتی قرار دارد که به نظر پیاژه دارای شش مرحله است: مرحلهٔ اول، اعمال بازتابی از تولد تا پایان یکماهگی است. در این مرحله نوزاد از طریق یک سلسله اعمال انعکاسی نظیر مکیدن، بامحیط ارتباط برقرار می‌کند. مرحلهٔ دوم، اولین واکنشهای دوری یک تا چهارماهگی است. در این مرحله، کودک پس از انجام دادن یک عمل به صورت تصادفی، به تکرار آن می‌پردازد و از آن لذت می‌برد. در این مرحله، بخشی از اعمال کودک هماهنگ می‌شود و رفتار تقلیدی در او شکل می‌گیرد. در مرحلهٔ سوم که چهار تا هشت ماهگی را شامل می‌شود و به دومین واکنشهای دوری معروف است، هماهنگی بیشتری بین حرکات کودک به وجود می‌آید. در این مرحله، کودک می‌تواند با دیدن بخش معلومی از یک شیء پنهان شده، آن شیء را تشخیص دهد. مرحلهٔ چهارم، هماهنگی طرح واره‌های ثانوی در هشت تا دوازده ماهگی است که در آن اعمال کودک هدفدار می‌شود و رفتارش خود بخود رخ نمی‌دهد. کودک می‌تواند موانع را برطرف کند تا به شیء مورد نظرش برسد، یا از طریق واسطه قراردادن یک شیء به هدف مورد نظرش دست یابد. در این مرحله، مفهوم بقای شیء حاصل می‌شود؛ یعنی اگر شیء از حوزهٔ دید

او پنهان شود، هنوز آن شیء برای او وجود دارد. مرحلهٔ پنجم، سومین واکنشهای دوری از دوازده تا هجده ماهگی است. در این مرحله، کودک از طریق آزمایش و خطا راه‌حلهای جدیدی را برای حل مشکلش کشف می‌کند و مایل است بداند اعمال او چه اثری بر محیط می‌گذارد. مرحلهٔ ششم، ابداع وسایل جدید از طریق فعالیتهای ذهنی از هجده تا بیست و چهارماهگی است. در این مرحله، اعمال کودک با خلاقیت همراه است و جنبهٔ آزمایش و خطای صرف ندارد. همچنین کودک می‌تواند اعمال مختلفی را بازنمایی کند و به پیش‌بینی نتایج آنها بپردازد (۳:۹۵ـ۹۸).

تکلم ـ که در آن از تمام فرایندهای عالی ذهنی نظیر طرح‌ریزی، تفکر، استدلال و قضاوت استفاده می‌شود ـ یکی از معیارهای رشد ذهنی به حساب می‌آید. تکلم، زمانی معنی‌دار و قابل فهم است که با درک معانی کلمات و رعایت قواعد دستوری همراه باشد. کودک بتدریج با یادگیری معانی کلمات که معرف اشیا و وقایع است، ارتباط خود را با اطرافیان گسترش می‌دهد، گفتار آنان را بیشتر و بهتر درک می‌کند و به محرکها به طور دقیقتر و مناسبتر پاسخ می‌دهد. برای رشد تکلم، کودک باید توان درک گفتار دیگران و نیز قدرت گفتن کلمات را داشته باشد. کودک بیش از آنچه می‌گوید درک می‌کند. این درک از یک طرف به توان ذهنی کودک و از طرف دیگر به مقدار محرکهای محیطی بستگی دارد. کودک قبل از صحبت کردن، از وسایل ارتباطی مانند گریه کردن، اصوات نامفهوم، ایما و اشاره و استفاده از واکنشهای هیجانی مدد می‌گیرد. سپس گفتار دیگران را از ساده به مشکل تقلید می‌کند. دختران معمولاً زودتر از پسران تکلم را شروع می‌کنند و واضحتر از آنان سخن می‌گویند. هوش کودک و وضع اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خانواده در چگونگی تکلم مؤثر است. در اولین سال زندگی، عوامل محیطی و روابط کودک با اطرافیان در رشد تکلم او نقش بسزایی دارد.

در دومین سال زندگی استفاده از کلمات معنی‌دار، تکلم کودک رابیشتر قابل فهم می‌سازد و او می‌تواند از کلمات آموخته شده برای بیان مقصود بهره گیرد. کودک دوساله کلمات را در هم و خلاصه بیان می‌کند و در سه سالگی قواعد دستوری را در تکلم به کار می‌بندد. محتوای تکلم کودکان دو ساله از اسامی و افعال و صفاتی تشکیل

می‌شود که هر یک به تنهایی، موضوع یا فکری را القا می‌کند؛ برای نمونه، هدف کودک از گفتن کلمهٔ «گرم» ممکن است این باشد که «آب گرم است». با مشاهدهٔ رفتار کودک هنگام ادای کلمات، می‌توان به هدف او پی برد.

۴. رشد عاطفی

عاطفه، پاسخ فرد به نیاز درونی یا محرک بیرونی است که با علائم فیزیولوژیکی نظیر افزایش ناگهانی ضربان‌قلب، انقباض‌عضلات، بالارفتن‌فشارخون وافزایش‌ترشح هورمون آدرنالین همراه است. قدرت درک و وضع جسمانی کودک در بروز عواطف مؤثر است. عواطف کودک در دو سال اول زندگی به علت محدود بودن تجارب، متعدد و متنوع نیست وبا افزایش سن و تجربه، پاسخهای عاطفی او متنوع و مشخص و قابل فهم می‌شود.

حالات عاطفی کودکان را باید در واکنشهای آنان جستجو کرد. در چهار تا ده ماهگی، ترس از اشیای ناآشنا بروز می‌کند. کودکان در سال اول زندگی به علائم خشم و خوشحالی دیگران پاسخ می‌دهند. چنانچه کودک به فردی دلبستگی شدید پیدا کند، در صورت جدا شدن از او، مدت طولانی دچار افسردگی می‌گردد. کودک در هجده ماهگی در حالت عدم تعادل به سر می‌برد و خیلی زود تحریک و عصبانی می‌شود. در دو سالگی، تعادل روانی مطلوبی دارد و در همهٔ زمینه‌ها آرامتر و با ثبات‌تر از قبل است و دوست دارد دیگران را از خود، راضی کند. موارد عاطفی مشترکی نظیر ترس، خشم، پرخاشگری و محبت کم و بیش در همهٔ کودکان مشاهده می‌شود.

رابطهٔ بین کودک و مادر و نیز کسانی که از او مراقبت می‌کنند، در رشد عواطف او اهمیت بسیار دارد. بتدریج که کودک بزرگتر می‌شود، پیوند عاطفی خود را با والدین و اطرافیان نزدیک حفظ کرده؛ درنتیجه با رفتارها و ارزشهای والدین مورد علاقهٔ خود همانندسازی می‌کند.

۵. رشد اجتماعی

در اولین سال زندگی، رابطهٔ عاطفی کودک با اطرافیان ـ بخصوص مادر ـ نقش تعیین

کننده‌ای در رشد اجتماعی او دارد؛ یعنی نحوهٔ ارضای نیازهای اولیهٔ کودک از جمله گرسنگی و تشنگی، سازندهٔ نگرش آیندهٔ او نسبت به دیگران است. مادر عصبانی و مضطرب نمی‌تواند کودکش را به طور مناسب غذا بدهد و ارتباط عاطفی مطلوبی با او برقرار سازد. تکرار این حالت، بتدریج غذا خوردن را برای کودک ناراحت کننده می‌کند؛ در نتیجه باعث بدغذایی و ضعف جسمانی کودک می‌شود. کنترل ادرار و مدفوع نیز در اجتماعی شدن کودک نقش بسزایی دارد و کودک باید آن رابیاموزد. در این مورد، مادر نقش اساسی و اولیه را بر عهده دارد. چون کودک در حدود شش ماهگی می‌تواند مادرش را از دیگران باز شناسد، معمولاً جدایی طولانی کودک از مادر در این سن، آثار ناگواری در رشد شخصیت کودک بر جای می‌گذارد.

کودک برای آنکه مورد پذیرش اطرافیان واقع شود، بتدریج باید توقعات آنان را برآورده سازد، قوانین و مقررات را رعایت کند، آهسته و بی‌صدا غذا بخورد و مدفوع و ادرارش راکنترل کند. چنانچه توقعات اطرافیان ازکودک، نامناسب و خارج از توان او باشد، کودک نگران و ناراحت می‌شود و رشد اجتماعی او مختل می‌گردد؛ بنابراین اطرافیان باید با توجه به سن کودک، از او انتظار معقول داشته باشند.

کودک چهار ماهه شکل افراد مختلف را در نظرش مجسم می‌کند، قیافه و صدای مادر را بدرستی تشخیص می‌دهد و با دیدن قیافهٔ آشنایان خوشحال می‌شود. در هفت ماهگی گرچه بیشتر اوقات خود را به بازی کردن با خودش سپری می‌سازد، به اطرافیان نیز توجه خاص دارد و دربارهٔ آنان کنجکاو است ونسبت به قیافه‌های آشنا و بیگانه واکنشهای متفاوتی بروز می‌دهد. کودک ده ماهه به تقاضای اطرافیان پاسخ می‌دهد، دوست دارد مورد توجه قرار گیرد و به بازی کردن بسیار علاقه‌مند است. رابطهٔ کودک بیست ماهه با اطرافیان بر اساس گرفتن است، نه دادن. او از انجام دادن کارهایی که خلاف میل دیگران باشد لذت می‌برد و هنوز مایل به همکاری و مشارکت نیست. کودک دو ساله تعادل و آرامش دارد، در انجام دادن کارهای شخصی پیشقدم می‌شود، از تشویق و ستایش خوشش می‌آید، می‌خواهد اطرافیان را راضی کند و نسبت به محیط و انسانها کنجکاو است. هر چه والدین، کودک را در این زمینه بیشتر تشویق کنند، احساس

استقلال در او بیشتر رشد می‌کند. در مقابل، حمایت افراطی، یا تمسخر تلاشهای ناموفق کودک ممکن است او را نسبت به توان خودش مردد سازد.

٦. رشد اخلاقی

کودکان در دورهٔ شیرخوارگی، درستی و نادرستی اعمال را بر حسب لذت یا درد تعبیر و تفسیر می‌کنند و رعایت حقوق دیگران برای آنان معنی و مفهوم ندارد. کودکان از هجده ماهگی ساختن بازنماییهای آرمانی از اشیا و امور و رفتارها را شروع می‌کنند؛ بدین معنی که اسباب بازی نباید شکسته شود، همهٔ دگمه‌های لباس باید سرجای خود باشد و لباس، هیچ پارگی نداشته باشد. در همین زمان کودکان در مورد رفتار درست و نادرست در موقعیتهای خاص، معیارهایی را که اغلب در محدودهٔ نظافت، مهار پرخاشگری و اطاعت از والدین است مشخص می‌سازند. این معیارها سرآغازِ درک کودک از درست و نادرست، خوب و بد و اولین قدم در رشد اخلاقیات است. کودکان دوساله ارزیابی رفتارشان را به عنوان خوب یا بد شروع می‌کنند و چنانچه امور با معیارهای آنان هماهنگ نباشد مضطرب می‌شوند. این موارد، در کودکان با فرهنگهای مختلف مشترک است (۴۵:۳۷۷-۳۹۰).

ب) خصوصیات دورهٔ کودکستانی

سنین سه تا شش سالگی (دورهٔ دوم کودکی)، دورهٔ کودکستانی یا پیش دبستانی نامگذاری می‌شود. در این دوره، کودک بسیار پرتحرک و پر جنب و جوش است. به بازی علاقهٔ فراوان دارد و بدان وسیله احساساتش را بروز داده، به شناخت محیط می‌پردازد. کودک نسبت به محیط کنجکاو و به همکاری با دیگران علاقه‌مند است و تکلم و تواناییهای ذهنی او رشد سریع دارند. در این دوره، همانندسازی با والدین انجام می‌گیرد، فراخود یا وجدان ظاهر می‌شود و بروز رفتارهای دفاعی برای مقابله با موقعیتهای اضطراب‌آور و مخاطره‌انگیز آغاز می‌گردد. برای شناخت خصوصیات کودکان پیش دبستانی، جنبه‌های گوناگون رشد آنان را بررسی می‌کنیم.

۱. رشد جسمانی

پسران در سه سالگی تقریباً ۹۵ سانتیمتر قد و پانزده کیلوگرم وزن دارند و دختران اندکی کوتاهتر و سبکتر از پسران هستند. دختران در پنج سالگی ۱۰۸ سانتیمتر قد و بیست کیلوگرم وزن دارند و پسران کمی بلندتر و سنگینتر از آنان هستند. سرعت افزایش قد و وزن در چهار سالگی کمتر از سه سالگی و در پنج سالگی کمتر از چهارسالگی است. در این دوره، رشد بالاتنه و دور سر بتدریج کُند می‌شود و دختران بیشتر بافت چربی و پسران بافت ماهیچه‌ای دارند. در شش سالگی، پاها رشد سریع دارند و قامت کودک کشیده می‌شود. استخوانها و عضلات و دستگاه عصبی کودک در این دوره بیشتر رشد می‌کند و استخوانها سفت‌تر شده، بر حجم و اندازهٔ آنها افزوده می‌شود. تا سن سه سالگی تقریباً تمام دندانهای شیری می‌رویند و کودک می‌تواند از غذاهای بزرگسالان استفاده کند. در پایان این دوره، کودک یک یا دو دندان دائمی در جلوی دهان دارد. از چهارسالگی بر سرعت رشد عضلات افزوده می‌شود به طوری که حدود ۷۵ درصد افزایش وزن کودک در پنج سالگی به رشد عضلاتش مربوط می‌شود. عضلات درشت‌تر زودتر از عضلات ریزتر رشد می‌کنند. رشد عضلانی به عواملی نظیر وراثت، سلامتی، تغذیه، خواب و استراحت و میزان فعالیت کودک بستگی دارد. رشد عضلانی، کودک را بتدریج برای انجام دادن اعمال پیچیده آماده می‌سازد. در این دوره، تنفس کودک کُندتر، ولی عمیقتر می‌شود، ضربان قلب منظم‌تر می‌گردد، فشار خون به طور ثابت افزایش می‌یابد و نظام عصبی بسرعت رشد می‌کند. در سه سالگی، مغز کودک ۷۵ درصد و در شش سالگی نود درصد وزن زمان بزرگسالی را دارد. در این دوره، کودک بتدریج در برابر بیماریهای عفونی مقاومتر می‌شود و در برابر عفونتها، درجهٔ حرارت بدن کودک نوسان کمتری پیدا می‌کند و کنترل ادرار بخوبی انجام می‌شود.

۲. رشد حسی ـ حرکتی

حواس کودک در سه سالگی فعال است و او را در دریافت و تفسیر محرکها یاری می‌دهد. رشد عصبی ـ عضلانی موجب تحرک کودک در زمینه‌های متعدد می‌شود و

سپس تمرین و تکرار، حرکات را بهبود می‌بخشد. کودک در دو سالگی با دقت و ظرافت بیشتری راه می‌رود، می‌دود، به آسانی دور خود می‌چرخد، بدون کمک دیگران از پله‌ها پایین و بالا می‌رود، از بلندی می‌پرد و مدتی می‌تواند روی یک پا بایستد. کودک در سه سالگی می‌تواند مکعبهای چوبی را روی هم قرار دهد و یک ورق کاغذ را به طور افقی یا عمودی تا کند.

کودک سه ساله، محرکها را به صورت کل دریافت می‌کند و تشخیص بالا و پایین و چپ و راست برایش مشکل است؛ از این رو، نمی‌تواند تفاوت بین دو مثلث را که قاعدهٔ یکی بالا و دیگری پایین باشد تشخیص دهد. در چهار سالگی، می‌تواند یک ضربدر یا دایره روی کاغذ بکشد. کودک پنج ساله می‌تواند خطوط مستقیم را در تمام جهات بر روی کاغذ بکشد و به طور مشخص تصویر یک آدم را رسم کند و فاصله و وزن اشیا را تقریباً حدس بزند. برخی کودکان پنج ساله، تفاوت بین حروف وارونه و عادی را بدرستی نمی‌توانند مشخص کنند. در حدود شش سالگی، کودک توانایی توپ بازی و پرتاب توپ را که به مهارتهای مختلف بینایی و حرکتی نیاز دارد به دست می‌آورد (۳۶:۹۸ـ۱۰۰).

به دلیل عدم احساس خستگی از تکرار عمل و نیز انعطاف‌پذیری بدن، این دوره مهمترین زمان برای آموزش مهارتهای حرکتی نظیر شانه زدن مو، کشیدن تصاویر و خطوط، پریدن از بلندی، ایستادن روی یک پا، چرخیدن دور خود و تازدن و قیچی کردن کاغذ معرفی شده است. هر چه سن کودک به انتهای این دوره نزدیکتر شود، علاقهٔ او به بازی کردن با همسالان بیشتر شده، بازیهایش حالت اجتماعی به خود می‌گیرد. همچنین در این دوره، بازیهای دختران و پسران از یکدیگر تفکیک می‌شود. پسران بازیهای دشوار و دختران بازیهای ساکت و آرام را ترجیح می‌دهند.

۳. رشد ذهنی

رشد ذهنی که به سازگاری کودک با محیط کمک می‌کند با تکلم، حافظه، ادراک، استدلال و حل مسأله همراه است. پیاژه، هوش را کیفیتی می‌داند که سبب سازگاری فرد با

محیط می‌شود و به فکر و اندیشه سازمان می‌دهد. سازگاری دو جنبهٔ تلفیق و تطابق دارد. به وسیلهٔ تلفیق، کودک مشاهداتش را با معلومات و درک خودش از موقعیت ارتباط می‌دهد و گاهی نیز اطلاعات و یافته‌های جدید را به گونه‌ای تغییر می‌دهد تا بتواند آنها را جزئی از سازمان ذهنی خود بکند. کودک از طریق تطابق، سازمان ذهنی‌اش را با وضعیت محیطی هماهنگ می‌سازد، یا آنکه محیط را طوری سازمان می‌دهد که باساخت ذهنی او همراه و همگام باشد.

به نظر پیاژه، رشد ذهنی در این دوره در مرحلهٔ پیش عملیاتی قرار دارد که به دو مرحلهٔ پیش ادراکی (پیش مفهومی) و تفکر شهودی تقسیم می‌شود. در مرحلهٔ پیش مفهومی ـ که سنین دو تا چهار سالگی را در بر می‌گیرد ـ مفاهیم ذهنی کودکان به معنی واقعی کلمه «مفهوم» نیستند و جامعیت ندارند؛ زیرا هنوز کودک به مفهوم طبقات کلی دست نیافته است. خود ـ محوری و جاندارانگاری اشیا در این مرحله بین کودکان شایع است و کودک از طریق سمبولها با اشیا و امور ارتباط برقرار می‌سازد؛ برای نمونه، دختر دو تا چهار ساله با عروسکش آنچنان بازی می‌کند که گویا با کودکی واقعی، زنده و دارای احساس در ارتباط است.

در مرحلهٔ تفکر شهودی ـ که چهار تا هفت سالگی را در بر می‌گیرد ـ تفکر کودک بیشتر جنبهٔ ادراکی دارد و بر شکل ظاهری امور مبتنی است. کودک گرچه می‌تواند به حل مسأله بپردازد، نمی‌تواند دلایل آن را توضیح دهد. کودک در این مرحله از رشد ذهنی، بر جنبه‌های مشخص امور تکیه می‌کند و استدلالش بازگشت‌ناپذیر است. کودک علی‌رغم رشد نسبی تفکر و مفهوم سازی، به تماس عینی با اشیا نیاز دارد و مفاهیم ذهنی او تا حدود بسیاری به آنچه می‌بیند وابسته است (۲۲: ۱۲۰ـ۱۲۵).

کودک در سه تا شش سالگی در یادگیری کلمات و ساختن جملات بسرعت پیشرفت می‌کند و می‌تواند چندین جمله را پشت سر هم بیان کند و کاربرد صحیح اسامی، صفات، افعال و قیود را در جمله بدون آموزش مستقیم و از طریق ارتباط با اطرافیان بتدریج یاد می‌گیرد. در این زمان، تکرار کلمات بین کودکان رواج دارد و در پسران بیش از دختران شایع است. کودک چهار ساله، یک کلمه را برای تشریح و طبقه‌بندی دسته‌ای

از اشیا و مفاهیم به‌کار می‌برد و از کلمهٔ «اتومبیل» برای معرفی تمام وسایل حمل و نقل استفاده می‌کند و بتدریج می‌تواند کلمات را در معانی خاص خود به‌کار بندد. او همچنین اشیا را برحسب عملکردشان توصیف می‌کند و «سگ» را حیوانی می‌داند که پارس می‌کند.

۴. رشد عاطفی

در این دوره، کودک نه مانند دورهٔ اول کودکی احساساتی است و نه مانند بزرگسالان می‌تواند عواطفش راکنترل کند. او از نظر عاطفی به بزرگسالان آشنا وابسته است و حالت عاطفی متغیر و ناپایداری دارد و در پنج سالگی سازگارتر است و در رفتارش آرامش و تعادل بیشتری مشاهده می‌شود. در کودکان پیش دبستانی، اضطراب، ترس، حسادت و ناکامی شایع است. عوامل متعدد از جملهٔ ممانعت از بروز پرخاشگری، تولد برادر یا خواهر و طردشدن توسط والدین یا دوستان موجب اضطراب او می‌شود. کودک که می‌خواهد خود را از اضطراب و احساسات ناخوشایند حاصل از آن برهاند، هنگام مواجهه با موقعیت اضطراب‌آور از مکانیسمهای دفاعی متعددی استفاده می‌کند. از مکانیسمهای دفاعی شایع بین کودکان پیش دبستانی می‌توان احتراز از موقعیت اضطراب‌آور و بازگشت به رفتارهای دورهٔ اول کودکی را نام برد.

ترس، یکی از عواطف کودکان پیش دبستانی است که آموخته می‌شود. وجود مقدار معینی از ترس برای حفظ سلامتی کودک لازم است تا او را از خطرهای احتمالی به دور نگه دارد. کودک در موقعیتهای ترس‌آور به اعمالی نظیر گریه و جیغ‌زدن، فرار و شکایت متوسل می‌شود. ترس کودکان پیش دبستانی قابل پیش بینی نیست و شیوه‌های مقابله با آن متفاوت است. محرکی ممکن است کودکی را بشدت بترساند؛ در حالی که همان محرک در کودک دیگر ممکن است ترسی ایجاد نکند. کودک پیش دبستانی، بسیاری از ترسها را از مادر می‌آموزد و ترسهای مشترک بین کودک و مادر به درمان نسبتاً طولانی نیاز دارد.

حسادت یکی دیگر از عواطف کودکان پیش دبستانی است که از محرومیت و

اضطراب ناشی می‌شود. حسادت، واکنش کودک نسبت به عامل مزاحم و محرومیت زاست. کودک می‌ترسد مبادا محبت و توجه والدین را از دست بدهد. چنانچه با حسادت کودک به طریق مناسبی برخورد نشود و ادامه و شدت یابد، سازگاری او مختل می‌شود. پرخاشگری، بازگشت به رفتارهای کودکانه، اجتناب از مادر و دیگر اعضای خانواده و سرکوبی از جمله واکنشهای کودکان حسود محسوب می‌شود. در فرزند اول که بیش از حد مورد توجه و محبت والدین قرار می‌گیرد، حسادت شدیدتر است؛ زیرا او انتظار دارد که تمام توجه و محبت والدین را به خود جلب کند. برای کاهش حسادت در کودکان، والدین باید قبل از تولد نوزاد، کودک بزرگتر را آگاه و آماده سازند که کودکی در خانواده متولد خواهد شد. روابط خانوادگی مطلوب، ثبات در تربیت، برخورد مناسب و ارضای نیازهای اساسی کودک، در کاهش حسادت نقش مهمی دارد.

پرخاشگری که بر اثر عدم توانایی کودک در کنترل خود پدید می‌آید، ممکن است وسیله‌ای یا خصمانه باشد. در پرخاشگری وسیله‌ای، کودک با توسل به رفتارهای پرخاشگرانه اسباب بازی یا شیء مورد نظرش را از دیگران می‌گیرد. در پرخاشگری خصمانه، کودک با اعمال پرخاشگرانه قصد آسیب رسانی و صدمه زدن به دیگران دارد. با افزایش سن کودک، فراوانی پرخاشگری وسیله‌ای کاهش می‌یابد و پرخاشگری خصمانه نسبتاً رواج بیشتری پیدا می‌کند. کودکان پرخاشگر، معمولاً به خانواده‌های پرخاشگر تعلق دارند (۵۷۱:۲).

۵. رشد اجتماعی

کودک بتدریج از طریق ارتباط با دیگران بر مهارتهای اجتماعی خود می‌افزاید. در این دوره، دوستان و همبازیها تأثیر بسزایی در رشد اجتماعی کودک دارند و بر اثر آمیزش با همسالان در کودکستان و کوچه، بتدریج پی می‌برد که برخی از آموخته‌هایش مناسب و مقبول نیست و باید تغییر یابد. اگر کودکستان از امکانات کافی برخوردار باشد، مهارتهای اجتماعی کودک را افزایش می‌دهد. او در آنجا به یادگیری و تجربه می‌پردازد و

روشهای ارتباط با دیگران را می‌آموزد و به نقاط قوت و ضعف خود پی می‌برد. کودکستان باید بر قوهٔ ابتکار و اعتماد به نفس کودک بیفزاید و مهارتهای اجتماعی او را گسترش دهد و رفتارهای نامناسب او را اصلاح کند.

کودکان پیش دبستانی بیشتر با همجنسهای خود دوست می‌شوند و در گزینش همبازی، تشابهات جسمانی و خانوادگی و سنی را در نظر می‌گیرند. روال انتخاب دوست بتدریج دگرگون شده، دوستیهای موقتی و زودگذر بتدریج به دوستیهای عمیق و پایدار در دوره‌های بعد مبدل می‌شود.

کودک پیش دبستانی، وابستگی شدیدی به اعضای خانواده دارد. کودک برای حل مشکلات، از والدین کمک می‌طلبد و برای انجام دادن و ادامهٔ کارها به اطمینان و تسلی آنان نیازمند است و همواره دوست دارد همراه والدین باشد. مادر، کودک را به کسب استقلال تشویق می‌کند و انتظار دارد کودکش هر چه زودتر خودش لباس بپوشد، به تنهایی استحمام کند، مشکلاتش را حل کند و خود را سرگرم سازد.

مادرانی که با کودکان خود رفتار ثابتی ندارند و هر لحظه با او به نوع متفاوتی رفتار می‌کنند، کودک را با تعارض و تردید مواجه می‌سازند. مادری که کودک را به وابستگی تشویق می‌کند، او را موجودی وابسته و ناتوان بار می‌آورد.

کنترل پرخاشگری و رقابت صحیح با دیگران از علائم رشد اجتماعی محسوب می‌شود. رقابت کودکان با یکدیگر متفاوت است. برخی بشدت رقابت می‌کنند و عده‌ای رقابت را دوست ندارند. کودک نیل به برتری و غلبه بر دیگران را در خانواده می‌آموزد و رفتارهایی که در این جهت باشد به وسیلهٔ والدین تقویت می‌شود. کودکانی که با خواهران و برادران خود رفتار مناسبی دارند، با دیگران کمتر به رقابت نامناسب می‌پردازند.

همانندسازی که بدان وسیله کودک رفتار فرد یا افراد مورد علاقهٔ خود را الگو قرار می‌دهد، در رشد اجتماعی او بسیار اهمیت دارد. برای ایجاد همانندسازی، خواست کودک و نیز تقویت رفتارهای مطلوب او توسط اطرافیان ضرورت دارد. کودک از رفتار

والدین تقلید می‌کند و چون تشویق می‌شود بتدریج به انجام دادن آن خو می‌گیرد. به نظر روانکاوان، کودک در همانندسازی با والدین با عقدهٔ اودیپ و الکترا مواجه می‌شود. در پسرها عقدهٔ اودیپ حاصل می‌شود که زاییدهٔ تمایل او به جلب توجه و محبت مادر و حسادت به پدر است. در دخترها الکترا پدید می‌آید که در آن دختر در صدد جلب توجه و محبت پدر برمی‌آید و از مادر دور می‌شود. حل عقدهٔ اودیپ در تکوین شخصیت نقش مهمی دارد و اگر به طریق مناسبی با آن برخورد نشود، آثار نامطلوبش در دورهٔ نوجوانی و بزرگسالی بروز خواهد کرد.

کودک سه ساله میل به مشارکت و همکاری دارد، به بازی علاقه‌مند است و با کودکان کوچکتر از خودش با مهربانی رفتار می‌کند. در چهار سالگی با دوستانش روابط اجتماعی متقابل برقرار می‌سازد و به بازیهای گروهی علاقه‌مند می‌شود، از دستورات والدین و بزرگترها سرپیچی می‌کند و به مخالفت با آنان برمی‌خیزد. کودک شش ساله توقعات و انتظارات بسیاری از اطرافیان دارد و خواستار احترام از جانب دیگران است. همچون گذشته، از انجام دادن دستورات دیگران سرباز می‌زند و لجوج و سرسخت است (۳:۶۵ـ۷۲).

٦. رشد اخلاقی

چون کودک پیش دبستانی با توجه به میزان رشد ذهنی، امور را بر اساس پیامدها و نتایج تفسیر می‌کند، تشویق و تنبیه در تنظیم رفتار اخلاقی او نقش مهمی دارد؛ یعنی کودکان پیش دبستانی، اعمال خود را بر پایهٔ اجتناب از مجازات و دستیابی به پاداش انجام می‌دهند. همچنین کودک به علت ضعف حافظه، ـ علی‌رغم تذکر والدین ـ به کارهای نادرست گذشته ادامه می‌دهد. در این سن، نافرمانی کودکان باید بیشتر یک فراموشی کودکانه تلقی شود. رفتار والدین، اولین الگوی اخلاقی برای کودکان است. آموزش عملی دستورات اخلاقی پسندیده به کودک و بازداشتن مناسب او از ارتکاب کارهای ناپسند، در رشد اخلاقی کودک پیش دبستانی حائز اهمیت است. کودک باید بتدریج بیاموزد که راستگو و امین باشد.

ج) خصوصیات دورهٔ دبستانی

دورهٔ سوم کودکی ـ که سنین شش تا دوازده سالگی را شامل می‌شود و به دورهٔ دبستانی معروف است ـ آغاز آموزش رسمی کودک است. کودک در این دوره، خواندن و نوشتن و حساب کردن را می‌آموزد، علاقه‌مند است کارهایش را خوب انجام دهد، محتاطانه عمل می‌کند، اعتماد به نفس دارد و می‌خواهد هر کاری را خودش تجربه کند.

۱. رشد جسمانی

رشد جسمانی در دورهٔ دبستانی نسبتاً کندتر از دوره‌های قبل است. قد کودک شش ساله تقریباً ۱۱۲ سانتیمتر و وزنش ۲۲ کیلوگرم است. در دوازده سالگی قد تقریباً به ۱۵۰ سانتیمتر و وزن به ۴۵ کیلوگرم می‌رسد. تا ده سالگی، پسران از دختران اندکی بلندتر و سنگینترند، ولی در پانزده سالگی دختران از پسران پیشی می‌گیرند. در دورهٔ دبستانی، نسبت و شکل اندامهای بدن به بزرگسالان شبیه می‌شود و استخوانهای بدن سفت می‌گردد. اوّلین دندانهای دائمی درحدود شش سالگی می‌رویند و تقریباً تا دوازده سالگی کامل می‌شوند. در این دوره، بتدریج بر فشارخون کودک افزوده شده، ضربان قلب کاهش می‌یابد. در رشد جسمانی کودکان دبستانی، تفاوتهای کمّی و کیفی وجود دارد. پسران بیشتر بافتهای ماهیچه‌ای و دختران بیشتر بافتهای چربی دارند. در این دوره، احتمال پوسیدگی دندانها و پیدایش بیماریهایی نظیر روماتیسم قلبی، دیابت، فلج و انواع حساسیتها افزایش می‌یابد. سلامت جسمانی در سازگاری عاطفی و اجتماعی کودک مؤثر است و بیماریهای طولانی، موجب گوشه‌گیری کودک می‌شود (۱۲:۱۰۳ـ۱۱۵).

۲. رشد حرکتی

به موازات رشد عصبی ـ عضلانی، قدرت بدنی کودک افزایش می‌یابد و حرکات او هماهنگ و موزون می‌شود و انجام دادن اعمال پیچیده‌تر به طور منظم میسر می‌گردد. حرکات پسران سریعتر و هماهنگ‌تر از اعمال دختران است. دختران در اعمالی که به استفاده از ماهیچه‌های ظریف نیاز دارد؛ نظیر نقاشی و خیاطی و بافندگی بر پسران

ارجحیت دارند. پسران نیز در فعالیتهایی که به کاربرد ماهیچه‌های درشت نیاز دارد نظیر پرش و پرتاب توپ بر دختران برتری دارند.

۳. رشد ذهنی

رشد ذهنی در دورهٔ دبستانی سریع است و بتدریج مهارت حل مسأله حاصل می‌شود. تجربیات وسیعی که کودک به مرور در این مرحله کسب می‌کند، به او امکان می‌دهد تا بتواند رابطهٔ علت و معلولی بین پدیده‌ها را بهتر از سالهای قبل درک کند. رشد ذهنی کودک در مرحلهٔ عملیات محسوس قرار دارد که در آن، فعالیت کودک با محیط، عینی و محسوس است، کودک توانایی انجام دادن اعمال منطقی را کسب می‌کند، می‌تواند دربارهٔ امکان اعمال مختلف و نتایج حاصل از آنها بیندیشد، نیازی به انجام دادن اعمال از طریق کوشش و خطا ندارد، درک مفهوم بقای مادّه، عدد، وزن و حجم به وجود می‌آید و توانایی طبقه‌بندی و ردیف کردن حاصل می‌شود.

کودک در دورهٔ دبستانی به چندین مهارت مهم ذهنی از جمله بازگشت پذیری ذهنی، نگهداری ذهنی و استدلال دست می‌یابد. در بازگشت‌پذیری، کودک در هر لحظه می‌تواند به نقطهٔ آغاز برگردد و آگاهانه عمل را تکرار کند و با تشکیل فرضیه‌هایی به پیش‌بینی نتایج احتمالی بپردازد و با استفاده از قضیهٔ عکس، از درستی عملکردش مطمئن شود.

بازگشت پذیری در اعمال ریاضی و پدیده‌های فیزیکی کاربرد فراوان دارد. از طریق نگهداری ذهنی، کودک واقعیت را بهتر می‌شناسد و پی می‌برد که تغییرات ظاهری، اندازه و ماهیت اشیای مساوی را بر هم نمی‌زند. کودک از طریق استدلال، آمادهٔ تفکر منطقی می‌شود و بتدریج پی می‌برد که اگر «الف» از «ب» و «ب» از «ج» بزرگتر باشد، در اینصورت «الف» از «ج» بزرگتر است. کودک دبستانی، قوانین را از طریق استدلال کشف می‌کند و از طریق تجربه، از روابط حاکم بین اشیا آگاه می‌شود.

کودکان نیروی اندیشه و استدلال را از طریق آزمایش و تجربه افزایش می‌دهند. اگر آنان به نحو شایسته‌ای راهنمایی شوند و در زمینهٔ تفکر منطقی نمونه‌های عینی و قابل

درکی را مشاهده کنند، رشداندیشه واستدلال آنان پیشرفت بیشتری خواهدکرد. کودکانی که تجارب عینی بیشتری دارند، می‌توانند معلومات خود را بهتر و دقیقتر سازمان دهند. کودک دبستانی بتدریج رابطهٔ علت و معلولی بین پدیده‌ها را جستجو می‌کند و علل مرموز و ناشناخته را مردود می‌شمارد؛ برای نمونه، به نظر کودک پنج ساله خشم آسمان موجب رعد و برق می‌شود؛ در حالی که در یازده سالگی، در صدد کشف رابطهٔ علت و معلولی برای رعد و برق بر می‌آید.

۴. رشد عاطفی

کودک دبستانی از اینکه مبادا مورد توجه و محبت والدین و معلمان و همبازیها قرار نگیرد، مضطرب و نگران می‌شود؛ به همین دلیل، برای جلب توجه به تقلید از رفتار اطرافیان و همانندسازی با آنان می‌پردازد. ترس، حسادت، رقابت و پرخاشگری بین کودکان دبستانی شایع است و در هر مورد باید با آنان به طریق مناسبی برخورد شود؛ در غیر اینصورت، کودک به استفاده از مکانیسمهای دفاعی و رفتارهای مزاحم متوسل و عملکرد او مختل خواهد شد. در این دوره، اظهار وجود و استقلال‌طلبی در کودک رشد می‌کند، شادی خود را با حرکت بدن ظاهر می‌سازد، در برابر انتقاد و خرده گیری حساسیت نشان می‌دهد، از تاریکی و تنهایی می‌ترسد و از تمسخر و ریشخند رنج می‌برد. کودکان دبستانی از شادی و سازگاری نسبتاً خوبی برخوردارند و می‌آموزند که چگونه واکنشهای عاطفی و هیجانی خود را بخصوص در خارج از خانه کنترل کنند. واکنشهای عاطفی کودک دبستانی بیشتر حالت زبانی و کلامی به خود می‌گیرد و رمزی و غیرمستقیم می‌شود؛ برای نمونه، کودکی که رفتارش کاملاً عادی به نظر می‌رسد، ممکن است در درون، بسیار خشمگین و ناراحت باشد.

کودک شش ساله بسیار احساساتی است و به صورت دوگانه عمل می‌کند؛ یعنی ممکن است زمانی شخصی را دوست بدارد و در زمان دیگر از او بیزار باشد. در عین چابکی و فعال بودن، بیقرار و ناآرام است و هنگام بازی با دوستانش به جنگ و گریز می‌پردازد. کودک در هفت سالگی نسبتاً آرام است و در موقعیتهای ناخواسته، به جای

دعوا لب به شکایت می‌گشاید و غرغرکنان خود را از صحنه کنار می‌کشد. به نظر کودک هشت ساله، انجام دادن هیچ کاری مشکل نیست و او فکر می‌کند که از عهدهٔ انجام دادن همهٔ امور بر می‌آید. در این سن، کودک فعال است و از دست زدن به کارهای تازه و نو لذت می‌برد. والدین و اطرافیان، باید کودک هشت ساله را یاری دهند تا بتواند موفقیت را تجربه کند و ترسهایش فرو ریزند. کودک برقراری ارتباط با اطرافیان و طرح سؤالهای متعدد را بسیار دوست دارد. در کودک نه ساله گرچه میل به استقلال شدید است، بسیار شکایت می‌کند و دلهره دارد. کودک ده ساله، اطاعت کردن را دوست دارد و از خود توقع دارد که فرد منظمی باشد.

۵. رشد اجتماعی

رشد اجتماعی کودک در دورهٔ دبستانی بسیار سریع است و معلمان و همبازیها در آن نقش مهمی دارند. کودک در مدرسه علاوه بر تقویت آموخته‌های خانواده، مطالب جدید و روش زندگی را می‌آموزد. مدرسه، اجتماعی شدن کودک را تسریع می‌کند، روابط او را با دیگران گسترش می‌دهد، روش حل مسأله و انجام دادن صحیح امور را به کودک می‌آموزد و مهارتهای ذهنی او راتقویت می‌کند؛ از این رو، معلم باید باکودک رفتار مسؤولانه و محبت‌آمیزی داشته باشد تاکودک با علاقه و اشتیاق در مدرسه حاضر شود و او را الگو قرار دهد. آموزشهای خانواده در اطاعت یا سرکشی کودک در برابر معلم نقش مهمی دارد. معلم می‌خواهد کودکان پاکیزه باشند، قوانین را رعایت کنند، رفتار مسؤولانه داشته باشند، دروغ نگویند و دزدی نکنند. اگر اینگونه رفتارها در خانواده به کودک آموخته شود، کودک انتظارات معلم را بسادگی برآورده می‌سازد.

دانش‌آموزان دبستانی به رقابت با یکدیگر می‌پردازند و می‌خواهند از دیگران پیشی گیرند. رقابت کودکان که در آغاز، ملایم است بتدریج شدت می‌یابد و بر رشد اجتماعی آنان اثر می‌گذارد. معلم باید رقابت سالم و سازنده بین کودکان را تقویت و تشویق کند و همکاری بین آنان را فزونی بخشد. وضعیت خانوادگی و آموزشهای قبلی کودک، در چگونگی رقابت و همکاری کودک با اطرافیان نقش مهمی دارد. دوستان و

همکلاسیها در رشد اجتماعی کودک دبستانی تأثیر فراوان دارند. کودک از طریق ارتباط با دوستان، علاوه بر کسب رضایت و تسلی خاطر، به امکانات خود و انتظارات دیگران پی می‌برد و روشهای همکاری و آمیزش با اطرافیان و حل مسأله را یاد می‌گیرد. همچنین ارتباط با دوستان در تغییر یا تحکیم نگرشهای قبلی کودک و نیز ایجاد رفتارهای جدید مؤثر است. چنانچه رفتار دوستان با ارزشهای کودک متفاوت باشد، او با تعارض مواجه می‌شود و برای حل آن در بیشتر مواقع ارزشهای خانواده را رها می‌سازد و خود را با دوستان همانند و سازگار می‌کند.

کودک هشت ساله پر جنب و جوش و فعال است و از انجام دادن کارهای تازه لذت می‌برد. کودک در نه سالگی برای مستقل شدن اصرار می‌ورزد و معتقد است که بزرگ شده و والدین نباید به او دستور بدهند. در این زمان، عقاید و نظرهای دوستان بر افکار و خواسته‌های والدین ارجحیت دارد و کودک به انجام دادن کارهای گروهی و گردشهای دسته‌جمعی علاقه‌مند می‌شود. کودک ده ساله از دستورات والدین تبعیت می‌کند و نسبت به اطرافیان با محبت و صمیمیت رفتار می‌کند و در رفتارش انعطاف‌پذیرتراست.

٦. رشد اخلاقی

در این دوره، کودک پذیرش مقررات اجتماعی و قضاوت در مورد خوبی و بدی رفتار اطرافیان را آغاز می‌کند. کودک به هماهنگ شدن با معیارهای اخلاقی دیگران علاقه‌مند است؛ زیرا بدان وسیله می‌خواهد رضایت آنان را به دست آورد و دختر یا پسر خوبی قلمداد شود.

خانواده و مدرسه در این دوره، در رشد اخلاقی کودک سهم مهمی دارند. چنانچه بین نگرشهای والدین و مدرسه تضادی باشد، کودک مبهوت می‌شود و نمی‌تواند دربارهٔ رعایت کردن و انجام دادن یکی از آنها تصمیم مناسبی بگیرد؛بنابراین باید بین مدرسه و خانواده ارتباط منظم و دائمی وجود داشته باشد و ارتباط آنها باکودک به طور هماهنگ انجام پذیرد. به نظر پیاژه، بازی و تعامل کودکان با همسالان، در رشد اخلاقی

اهمیت بسیار دارد. کودک در هفت سالگی، مفاهیم اخلاقی را در می‌یابد و برای قواعد و مقررات بازیها اهمیت قائل می‌شود و اعمال دیگران را به صورت خوب یا بد بررسی و ارزیابی می‌کند.

خلاصه

در این فصل خصوصیات کودکان در سه دورهٔ کودکی بررسی شد و گفتیم که اگر مشاور کودک با خصوصیات کودکان در هر دوره از زندگی آشنا نباشد، نمی‌تواند رفتارهای نابهنجار را بشناسد و سپس به درمان آنها اقدام کند.

در دورهٔ شیرخوارگی ـ که تولد تا دو سالگی را شامل می‌شود ـ کودک بتدریج مستقل می‌شود و می‌تواند خودش غذا بخورد و راه برود و صحبت کند. در دورهٔ پیش دبستانی ـ که سنین سه تا شش سالگی را در بر می‌گیرد ـ کودک، بسیار پرتحرک، فعال و کنجکاو است و به بازی کردن علاقهٔ فراوان دارد. کودکان در این دوره، حالت عاطفی متغیر و ناپایداری دارند و در بین آنان پرخاشگری و اضطراب و ترس و حسادت شایع است. در سنین شش تا دوازده سالگی (دورهٔ دبستانی) آموزش رسمی کودک آغاز می‌شود. کودک در زمینه‌های ذهنی و اجتماعی رشد سریعی دارد و در هر دوره ممکن است با مشکلاتی مواجه شود که مشاور پس از شناخت مسائل، می‌تواند با کمک والدین و اطرافیان کودک، برای حل مشکلات اقدام کند.

فصل سوم

روشهای ارزیابی رفتار کودکان

برای آنکه مشاور بتواند باکودکان به طور مؤثر کار کند، باید خصوصیات آنان را بخوبی بشناسد. جمع آوری و استفادهٔ صحیح از اطلاعات دقیق و جامع برای ارائهٔ شیوه‌های درمانی مفید به کودکان، یک ضرورت حتمی است. مشاور با استفاده از ابزار و روشهای گوناگون می‌تواند به اینگونه اطلاعات دسترسی پیدا کند. در این فصل ابزار و روشهای جمع آوری اطلاعاتِ مورد استفاده در راهنمایی و مشاورهٔ کودک، بررسی می‌شود.

۱. مشاهده

مشاوران و معلمان از طریق مشاهده که از مهمترین روشهای غیر تستی شناخت کودکان به‌شمار می‌رود، می‌توانند خصوصیات شخصیتی، علایق، استعدادها، تنشها، تحریک‌پذیری، زودرنجی، خستگی و تندخویی کودکان راتشخیص دهند. مشاهده، بررسی ارادی و فعال و دقیق رفتار و حرکات و گفتار کودک است و با دیدن که عملی غیر ارادی است تفاوت دارد. مشاهده بر اساس طرح و نقشه و اهداف از قبل تعیین شده انجام می‌شود. مشاهده‌چون به ابزار و وسایل خاصی نیازندارد، درهمهٔ مواقع قابل استفاده است.

برای آنکه نتایج حاصل از مشاهده در شناخت رفتار و راهنمایی و مشاورهٔ کودک قابل استفاده باشد، باید نکاتی رعایت شود:

۱. مشاهده‌گر قبل از مشاهده باید هدف از مشاهده را با دقت و صراحت تعیین کند و بداند که چه رفتارهایی رامی‌خواهد مورد مشاهده قرار دهد؛

۲. مشاهده باید در وضعیت واقعی و موقعیتهای عادی انجام گیرد و مشاهده

شونده نباید بداند که مورد مشاهده قرار دارد تا رفتار ساختگی بروز ندهد؛

۳. بر اساس یک بار مشاهده نباید دربارهٔ رفتار کودک قضاوت شود، بلکه لازم است مشاهده توسط چند نفر و در موقعیتها و زمانهای متفاوت به دفعات انجام گرفته و براساس نتایج حاصل، قضاوت و نتیجه‌گیری شود؛

۴. به دلیل افزایش دقت، در هر زمان فقط رفتار یک کودک مشاهده شود؛

۵. مشاهده‌گر هنگام مشاهده نباید یادداشت بردارد؛ زیرا یادداشت‌برداری، موجب کاهش دقت مشاهده‌گر و حواس پرتی مشاهده شونده می‌شود. مشاهده‌گر باید موارد مشاهده شده را به خاطر بسپارد و بی‌درنگ پس از پایان مشاهده، آنها را ثبت کند (۹۵:۳۴).

از طریق تعبیر و تفسیر نتایج حاصل از مشاهده، علل و نوع رفتارمشخص شده، فرضیه‌های مشاهده‌گر تأیید یا تکذیب می‌شود. مشاهده‌گر در تعبیر و تفسیر نتایج مشاهده، باید با دقت و احتیاط عمل کند و عقاید و نظرهای شخصی خود را دخالت ندهد و هیچگاه تنها بر اساس نتایج مشاهدهٔ صرف دربارهٔ رفتار کودک قضاوت نکند.

۲. مصاحبه

مصاحبه یکی از روشهای معتبر و رایج برای شناخت فرد محسوب می‌شود. مشاور در مصاحبه می‌تواند حالتها و رفتار کودک را نیز مورد مشاهده قرار دهد. معنی لغوی مصاحبه با کسی صحبت کردن، با فردی یار و همدم شدن و ملاقات رو در روست. مصاحبه، گفتگوی حضوری و هدفدار مشاور با کودک است که بدان وسیله مشاور، اطلاعات معیّنی دربارهٔ کودک به دست می‌آورد. مصاحبه با گفتگوی روزمره و صحبتهای دوستانه تفاوت دارد. مصاحبه، دارای هدف و نظم خاصی است؛ در حالی که در محاوره‌های معمولی، چنین نظم و هدف خاصی وجود ندارد.

در مصاحبه، دو طرف مصاحبه روبروی هم می‌نشینند، گفتگوی آنان دارای هدف معیّن و مشخصی است و هر یک بر دیگری اثر می‌گذارد. همچنین مصاحبه‌گر باید مصاحبه شونده را همان طور که هست بپذیرد و هیچگاه او را تحقیر و مسخره نکند،

اعتماد او را کاملاً جلب کند، به حرفهایش بخوبی گوش دهد و تا حد ممکن از دادن پند و اندرز بپرهیزد.

مصاحبه از نظر هدف به دو نوع تحقیقی و مشاوره‌ای و درمانی تقسیم می‌شود. مصاحبهٔ تحقیقی ـ که برای کشف حقایق انجام می‌گیرد ـ بر حسب هدف به مصاحبهٔ اطلاعاتی (برای جمع آوری و دادن اطلاعات به مراجع)، مصاحبهٔ حقیقت‌یابی (برای روشن سازی نکات مبهم اطلاعات جمع آوری شده)، مصاحبهٔ عقیده‌ای (برای آگاهی بر عقاید و نگرشهای مراجع) و مصاحبهٔ استخدامی (برای کسب آگاهی از تجارب و علایق و تواناییهای‌شغلی‌داوطلب) تقسیم‌می‌شود. مصاحبهٔ مشاوره‌ای و درمانی به منظور کمک به شناخت و حل مشکلات روانی مراجع انجام می‌پذیرد. مصاحبه از نظر اجرا به دو نوع محدود و آزاد تقسیم می‌شود. مصاحبه‌گر در مصاحبهٔ محدود یا سازمان یافته، اطلاعات مشخصی رادر چهارچوب معیّنی از مصاحبه شونده جمع آوری می‌کند. مصاحبه‌گر در مصاحبهٔ آزاد، بدون هیچ محدودیتی و بنا به میل و سلیقهٔ شخصی از مصاحبه شونده سؤال می‌کند و مصاحبه‌شونده آزاد است بدان‌گونه که می‌خواهد پاسخ دهد (۳۸:۱۹).

مصاحبه، گرچه روش مناسبی برای شناخت فرد است،به دلیل محدودیتهایی که دارد (از جمله تفسیر ذهنی گفته‌های مصاحبه شونده، نامناسب بودن اوضاع زمانی و مکانی موقعیت مصاحبه، ترسها و دلهره‌های مصاحبه شونده و خصوصیات شخصیتی و رفتاری مصاحبه‌گر) نتایج آن نمی‌تواند خیلی موثق و دقیق باشد؛ بنابراین هیچگاه نباید به صورت تنها وسیله برای شناخت رفتار و قضاوت دربارهٔ کودک استفاده شود.

۳. پرسشنامه

کاربرد پرسشنامه یکی‌از روشهای‌فوری برای‌جمع آوری اطلاعات‌بسیار در زمان‌کوتاه از مراجعان‌است. پرسشنامه، مجموعهٔ چند سؤال است که به منظور سنجش رفتار و حالتهای مشخصی اجرامی‌شود. سؤالهای‌پرسشنامه باید با توجه به هدف معینی تهیه و تدوین شود. هرچه اهداف پرسشنامه گسترده‌تر باشد، تعداد پرسشهای آن بیشتر خواهد بود. بهتر است

هر پرسشنامه، یک یا چند هدف محدود داشته باشد تا تعداد پرسشها خیلی زیاد نشود.

تهیه و اجرای پرسشنامه یک کار تخصصی است. در تهیهٔ پرسشنامه نکاتی از جمله محدود و مشخص بودن موضوع و اهداف پرسشنامه، روشن و واضح بودن پرسشها، خودداری از طرح پرسشهای دو پهلو و مبهم، پرهیز از درج جملات طولانی، طرح فقط یک خصیصه و یک مورد در هر سؤال، قابل فهم‌بودن پرسشها برای پاسخگو، رعایت نظم منطقی در تدوین پرسشها، طولانی نبودن پرسشنامه و عدم استفاده از کلماتی نظیر غالباً و معمولاً باید رعایت شود (۹۸:۳۴).

پرسشنامه ممکن است به دو صورت پاسخ بسته و باز تهیه و تنظیم شود. در پرسشنامهٔ پاسخ بسته ـ که پاسخها قبلاً توسط پرسشگر تهیه و پیشنهاد شده است ـ پاسخگو فقط موظف است پاسخ مورد نظرش را انتخاب کند. تکمیل این نوع پرسشنامه به وقت کمتری نیاز دارد. پاسخها نسبتاً عینی است و تجزیه و تحلیل و نتیجه‌گیری از آنها آسانتر است. پاسخگو در سؤالهای پاسخ باز، آزاد است هرگونه که دوست دارد به پرسشهای مطرح شده پاسخ دهد. نتیجه‌گیری از این نوع پرسشها نسبتاً مشکل است. پرسشنامه به انواعی از جمله پرسشنامه‌های شخصیت (برای سنجش خصوصیات شخصیتی) و پرسشنامه‌های رغبت (برای سنجش انواع رغبتها) تقسیم می‌شود.

بر پرسشنامه‌ها انتقاداتی وارد شده است. از جمله اینکه پرسشنامه، پاسخگویان را آنطوری که هستند نمی‌سنجد؛ بلکه آنان را آنگونه که خود می‌خواهند باشند، معرفی می‌کند. در مقابل، سهولت اجرا و نمره‌گذاری و صرفه‌جویی در وقت و هزینه از محاسن پرسشنامه محسوب می‌شود. نکتهٔ مهم آنکه، مشاور نباید تنها با توجه به نتایج پرسشنامه دربارهٔ رفتار و حالات مراجع قضاوت کند. توصیه می‌شود که برای دقت بیشتر و حصول نتایج مطمئن‌تر، مراجع، پرسشنامه را در حضور مشاور تکمیل کند تا مشاور، رفتار مراجع را هنگام تکمیل پرسشنامه مشاهده کند و در تفسیر نتایج، آن را به کار گیرد.

۴. مقیاس درجه‌بندی

استفاده از مقیاس درجه‌بندی از دیگر روشهای شناخت مراجعان است. از طریق مقیاس

درجه‌بندی دربارهٔ حدود و چگونگی خصوصیات رفتاری بارز کودک قضاوت می‌شود. در این روش، مشاهده‌گر درجه و میزان صفات و ویژگیهای معیّنی راکه با اعداد و عبارات کوتاه در پرسشنامه مشخص شده‌اند دربارهٔ کودک مشاهده شونده تعیین می‌کند و گزارش می‌دهد.

در مقیاس درجه‌بندی که معمولاً برای ارزیابی خصوصیات رفتاری بارز و قابل مشاهده به‌کار می‌رود، باید خصوصیات و رفتارهای مورد نظر به طور روشن و صریح تعریف شوند تا همهٔ ارزیابها از آنها برداشت و مفهوم یکسانی داشته باشند. دیگر اینکه خصوصیات و رفتارهای مورد نظر باید بسادگی و به آسانی قابل مشاهده باشند، در غیر اینصورت بررسی و ارزیابی دقیق آنها ممکن نخواهد بود. همچنین درجات ارزیابی خصوصیات و رفتارهای مورد نظر باید دقیق و روشن مشخص شود تا ارزیاب بتواند به طور دقیق به آنها پاسخ دهد. مقیاس درجه‌بندی به صورت درجات متعددی تهیه و تنظیم می‌شود که اگر تعداد درجات بسیار باشد، اظهار نظر برای ارزیاب مشکل می‌شود و اگر کمتر باشد، دقت ارزیابی کاهش می‌یابد. مقیاس درجه‌بندی را مشاور یا معلم یا والدین و گاهی نیز خود دانش‌آموز می‌تواند دربارهٔ خودش تکمیل کند (۱۷: ۸۱ـ۹۰).

مقیاس درجه‌بندی، وسیله‌ای ذهنی است؛ زیرا ارزیاب بر اساس محتوای ذهنی و قضاوت شخصی به قضاوت و تفسیر رفتار ارزیاب شونده می‌پردازد؛ به بیان دیگر، عقاید و نگرشها و تعصبات شخصی ارزیاب، از درجهٔ صحت و دقت و اعتبار مقیاس درجه‌بندی می‌کاهد؛ بنابراین مشاور نباید قضاوت در مورد رفتار کودک را تنها بر اطلاعات حاصل از مقیاس درجه‌بندی متکی سازد.

۵. شرح حال‌نویسی

کاربرد شرح حال، از دیگر روشهای شناخت مراجعان است. در شرح حال نویسی، فرد مطالبی دربارهٔ وقایع زندگی گذشته، حال یا آینده‌اش می‌نویسد. در شرح حال نویسی آزاد، فرد آنچه می‌خواهد می‌تواند دربارهٔ خودش بنویسد و هیچگونه محدودیتی ندارد؛ ولی در شرح حال نویسی محدود، فرد فقط باید در مورد سؤال مطرح شده،

مطالبش را ارائه دهد. مشاور و معلم نباید فقط به استفادهٔ یکی از انواع شرح حال اکتفا کنند، بلکه توصیه می‌شود با توجه به نیاز و موقعیت، از هر دو نوع استفاده کنند. شرح حال‌نویسی باعث می‌شود که فرد دربارهٔ خودش بیشتر بیندیشد و معلم و مشاور، دانش‌آموز را بهتر بشناسند و به مشکلات او پی ببرند.

مشاور و معلم باید فقط زمانی از فرد بخواهند شرح حال بنویسد که علت خاصی برای نوشتن آن موجود باشد. هدف از نوشتن شرح حال برای مراجع، باید کاملاً روشن باشد. محتوا و مطالب شرح حال نوشته شده محرمانه تلقی شود و در اختیار هیچ‌کس قرار نگیرد. هیچگاه از شرح حال نباید به عنوان موضوع انشا استفاده شود.

تفسیر شرح حال نوشته شده در شناسایی مراجع اهمیت بسزایی دارد و باید با دقّت به وسیلهٔ فرد متخصّص انجام شود. به کلماتی که در نوشته به طور مکرر به کار رفته‌اند و نیز به کلماتی که مبین حالات روانی و عاطفی نظیر عشق یا محبت و نفرت هستند، باید توجه خاصی مبذول شود. مشاور باید به طرز نوشته و خط نویسنده و ظاهر شرح حال توجه کند؛ زیرا این موارد، نکات مهمی را دربارهٔ فرد روشن می‌سازد. سرانجام آنکه مشاور پس از مطالعهٔ شرح حال و بررسی اطلاعاتی که از طریق روشهای دیگر به دست آورده است، می‌تواند با مراجع، جلسهٔ مصاحبه ترتیب دهد و موارد مبهم را با او مطرح سازد و برای راهنمایی و حل مشکل مراجع اقدام کند.

۶.گروه‌سنجی

از گروه‌سنجی برای شناخت ارتباطات و مناسبات اجتماعی بین افراد گروه استفاده می‌شود. در گروه سنجی از هر کدام از اعضای گروه خواسته می‌شود تا مشخص کنند در موقعیت خاصی با چه کسانی دوستی و همکاری صمیمی خواهند داشت. با استفاده از گروه‌سنجی افراد مورد علاقه، منزوی و طرد شده شناخته می‌شوند.

در اجرای گروه‌سنجی باید به نکاتی توجه شود: نخست، افراد گروه باید با یکدیگر بخوبی آشنا باشند تا بتوانند دربارهٔ رفتارهای یکدیگر با توجه به صفت مورد نظر قضاوت کنند؛ دوم، صفت موردنظر باید بادقت و صراحت برای همهٔ اعضای گروه

بوضوح توصیف و مشخص شود؛ سوم، نتایج گروه‌سنجی باید محرمانه تلقی شود.

اطلاعات حاصل از گروه‌سنجی به دو شیوهٔ دایره‌نگار و جدول نگار، تجزیه و تحلیل می‌شود. در اینجا نیز لازم است یادآوری کنیم که مشاور نباید اطلاعات حاصل از گروه‌سنجی را تنها ملاک برای شناخت کودک قلمداد کند.

۷. آزمونهای روانی

آزمونهای روانی یکی از ابزار عینی شناخت خصوصیات کودکان است. کودک هنگام پاسخگویی به موارد مطرح شده در آزمون، نمونه‌ای از رفتارش را بروز می‌دهد که براساس آن می‌توان رفتارهای آیندهٔ او را پیش‌بینی کرد. در مشاوره،آزمون، وسیله‌ای عینی برای سنجش رفتار معیّن در زمان مشخصی است. در آزمونهای عینی، قضاوت ذهنی و نظر شخصی مجری در اجرا و نمره‌گذاری و تفسیر آنها دخالت ندارد و تفاوت نمرات احراز شده به تفاوت واقعی بین آنان مربوط می‌شود، نه روش اجرای آزمون.

آزمونهای روانی با توجه به معیارهای مختلف طبقه‌بندی می‌شود. از نظر تنوع، پاسخها ممکن است به صورت بلی و خیر، چندگزینه‌ای، توضیحی و فرافکن باشد. از طریق پاسخهای فرافکن که تفاوتهای فردی را مشخص می‌سازد، مشاور می‌تواند اطلاعات بیشتر و دقیقتری دربارهٔ نحوهٔ تفکر و هیجانات و احساسات کودک به دست آورد. آزمونها از نظر محتوا و موضوع به آزمونهای هوش، استعداد، شخصیت و رغبت تقسیم می‌شود. آزمونها ممکن است به صورت فردی یاگروهی اجرا شود. آزمونهایی که عامل زمان در آنها مؤثر است، «آزمون سرعت» و آزمونهایی که زمان در اجرای آنها دخالت ندارد، «آزمون قدرت» می‌نامند. آزمونها از نظر شکل به سه نوع ابزاری، کتبی و شفاهی تقسیم می‌شود (۴۲:۱۴۱ـ۱۵۰).

مشاور در مواقع ضروری می‌تواند از آزمونهای روانی مناسب به طور صحیح استفاده کند؛ ولی باید به خاطر داشته باشد که بدون کاربرد آزمونهای روانی نیز می‌تواند در شناخت و حل مشکلات کودکان موفقیت به دست آورد و استفادهٔ نادرست و نابجا از آزمونهای روانی، بر مشکلات و مسائل کودکان و خانواده‌های آنان می‌افزاید.

مشاور در انتخاب و اجرای آزمونها باید بسیار دقیق و محتاط باشد و هنگام استفاده از آزمونها بداند چرا آزمون را به کار می‌برد، از چه نوع آزمونی بهتر است استفاده کند، نحوهٔ اجرا و نمره گذاری آن چگونه است و شیوه‌های تفسیر نتایج حاصل شده به چه نحوی است. مشاور بر اساس نتایج حاصل از آزمونها، می‌تواند برای تغییر و اصلاح رفتارهای نامناسب کودکان برنامه‌ریزی کرده، تواناییها و ضعفهای آنان را در جلسات مشاوره با والدین بررسی کند (۳۲:۹۹ـ۱۰۲).

خلاصه

در این فصل روشهای شناخت کودکان از جمله آزمونهای روانی، مشاهده، مصاحبه، پرسشنامه، مقیاس درجه‌بندی، شرح حال‌نویسی و گروه‌سنجی مطرح شد و گفتیم که برخی از این روشها ممکن است کاربرد وسیعی در مورد کودکان خردسال نداشته باشد، ولی مشاور می‌تواند از تعدادی از این روشها بنا به اقتضای سن و موقعیت کودک برای شناخت او استفاده کند؛ به همین دلیل به نظر ما، مشاور کودک باید با کلیهٔ روشهای شناخت بخوبی آشنا باشد.

مشاهده یکی از روشهایی است که در مورد کودکان کاربرد دارد و اطلاعات مفیدی دربارهٔ او به دست می‌دهد. مصاحبه با کودکان در دورهٔ اول و دوم کودکی مشکل، ولی در دورهٔ سوم کودکی امکانپذیر است و مشاور می‌تواند از آن برای شناخت کودک استفاده کند. کاربرد پرسشنامه و مقیاس درجه‌بندی و شرح حال نویسی و گروه سنجی نیز در مورد کودکان دبستانی عملی است و به مشاوران توصیه می‌شود در مواقع ضروری از آنها به طور مناسب استفاده کنند. مشاور برای آنکه بتواند شناخت دقیق و موثقی از کودک به دست آورد، باید قضاوت خود را بر نتایج حاصل از کاربرد مجموعهٔ روشهای ذکرشده متکی سازد. مشاورمی‌تواند از آزمونهای‌روانی متعددی برای شناخت خصوصیات گوناگون کودکان استفاده کند و اطلاعات نسبتاً موثقی دربارهٔ آنان به دست آورد. در استفاده از آزمونهای روانی، مشاور باید محتاط باشد و نکاتی را رعایت کند.

فصل چهارم

نقش افراد مختلف در راهنمایی و مشاورهٔ کودک

گفتیم راهنمایی و مشاورهٔ کودک فعالیتی جمعی است که به همکاری و مشارکت افراد متعدد نیاز دارد. برای آنکه مشکل کودک حل شود، همکاری صمیمی و جدی بین مشاور، والدین، کارکنان مدرسه و مؤسسات و نهادهای اجتماعی ضروری است. در این فصل، نقش افراد مختلف در جمع‌آوری اطلاعات دربارهٔ کودک به منظور کمک به حل مشکلات او به اختصار بررسی می‌شود.

۱. نقش مشاور

سرپرستی فنی و تخصصی برنامهٔ راهنمایی و مشاوره با مشاور است. فعالیتهای مشاور عبارت است از: مشاوره، مشورت و هماهنگی. در مورد کودکان، مشاوره نسبت به دو وظیفهٔ دیگر اهمیت نسبی کمتری دارد و مشورت با والدین و معلمان و ارائهٔ رهنمودهای اصلاحی و تربیتی و آشنا ساختن آنان با شیوه‌های تعامل صحیح با کودکان از اهمیت بیشتری برخوردار است.

اهّم وظایف مشاور عبارت است از: مشاوره با والدین کودکانی که مشکل دارند، مشاورهٔ فردی و گروهی با کودکانی که دارای مشکل هستند، آموزش معلمان و والدین برای آنکه بهتر بتوانند مشکلات کودکان را حل کنند، اجرای آزمونهای روانی در مدرسه، تعبیر و تفسیر نتایج آزمونها برای والدین و معلمان و در نهایت هماهنگی کلیهٔ تلاشهایی که افراد مختلف برای حل مشکل کودک انجام می‌دهند.

مشاوران کودک باید دارای خصوصیاتی باشند از جمله: حوصله، ثبات عاطفی،

بی‌ریایی، رفتار دوستانه، صمیمیت، حضور ذهن، انعطاف پذیری، سعهٔ صدر، آرامش، مهربانی، تعادل روانی، اعتقاد به توان و استعداد کودکان، اطلاعات تخصصی دربارهٔ مشاوره، علاقه به کودکان و تمایل به حل مشکلات آنان، رازداری، برخورداری از استعداد رهبری، خوش رفتاری، وضع ظاهری مناسب و اعتماد به نفس.

در زمینهٔ اطلاعات علمی و تخصصی، مشاور باید دروس بنیادی آموزش و پرورش و جامعه‌شناسی را با موفقیت بگذراند، اصول و روشهای راهنمایی و مشاوره را بخوبی بداند، در زمینهٔ انواع مختلف روانشناسی از جمله روانشناسی عمومی، شخصیت، رشد و تربیتی اطلاع کافی و قابل قبول داشته باشد، انواع بیماریهای روانی و شیوه‌های درمان آنها را عملاً بشناسد، انواع آزمونهای روانی و موارد کاربرد هر کدام را بشناسد و در مواقع ضروری بتواند از آنها استفاده کند و با مفاهیم و کاربردهای راهنمایی تحصیلی و شغلی و مشاورهٔ گروهی آشنا باشد.

به کارگیری مشاوران در مدارس ابتدایی ممکن است با مشکلاتی مواجه شود. قبل از فرستادن مشاور به مدارس ابتدایی، باید پرسشهایی مطرح و برای هر کدام پاسخ مناسبی جستجو شود: آیا کارکنان مدرسه برای پذیرش مشاوران آمادگی دارند؟ آیا برای تکمیل کادر مدرسه، به وجود مشاوران نیاز دارند؟ آیا ضرورت حضور مشاور در مدرسه، تحقیق و بررسی شده است؟ آیا کارکنان مدرسه از وظایف و مسؤولیتهای اصلی مشاور آگاهند؟ و آیا برای توجیه والدین و آگاه کردن آنان از نقشها و وظایف مشاوران، برنامه‌هایی تهیه شده است؟ (۶۰:۵۶-۹۴).

۲. نقش معلم

همهٔ متخصصان راهنمایی و مشاوره معتقدند که نقش معلم در راهنمایی و مشاورهٔ کودکان بسیار مهم است. حتی عده‌ای توصیه می‌کنند که معلم علاوه بر تدریس، باید به مشاوره با کودکان نیز بپردازد. معلم که با کودکان مدرسه تماس دائم و نزدیک دارد، از تواناییها، ضعفها، آرزوها و نیازهای آنان بخوبی آگاه است. نقش معلم در برنامهٔ راهنمایی و مشاوره به صورتهای حمایتی، مشاوره‌ای، ارجاعی و خدماتی است. معلم از

طریق همکاری با والدین و کارکنان مدرسه، عملکرد مشاور و دیگر متخصصان را مفیدتر و مؤثرتر می‌سازد و از آنان در اجرای امور واگذار شده حمایت می‌کند؛ در مواقع ضروری به مشاوره با کودکان می‌پردازد و آنان را در حل مشکلاتشان یاری می‌دهد؛ کودکان را بخوبی می‌شناسد و در صورتی که به کمکهای خاص نیازمند باشند، آنان را نزد مشاور و دیگر متخصصان ارجاع می‌دهد.

معلم مدارس ابتدایی از بروز مشکلات کودکان پیشگیری می‌کند و با ایجاد فضای صمیمی در کلاس و تأمین سلامت روانی دانش‌آموزان، موجبات تسهیل و افزایش یادگیری آنان را فراهم می‌آورد. معلمان مدارس باید اصول و فنون راهنمایی و مشاوره را بدانند و بتوانند از آنها در مواقع ضروری استفاده کنند؛ بنابراین در دوره‌های آموزش آنان، باید به تدریس این دروس توجه خاصی مبذول شود (۱۷۸ـ۱۶۷:۶۴).

معلمان آشنا به روشهای راهنمایی و مشاورهٔ کودکان با ایجاد رابطه‌ای انسانی و دوستانه با آنان، یادگیری را ساده و جالب می‌کنند و ترس و وحشتی را که معمولاً کودکان از معلمان دارند از بین می‌برند. دیگر اینکه همواره از صفات مثبت و نقاط قوت کودکان کار را آغاز می‌کنند و به رفع صفات ناخواسته و نقاط ضعف آنان می‌پردازند. همچنین به محض مشاهدهٔ علائم نابهنجار در کودکان، نسبت به رفع آنها به طور مناسب مبادرت می‌ورزند.

۳. نقش والدین

در راهنمایی و مشاورهٔ کودک، همکاری والدین با مشاور و معلم نقش کلیدی دارد و بدون مشارکت آنان، کمک به کودک غیر ممکن است. همکاری والدین باعث می‌شود که مشاور و معلم، اطلاعات جامعی دربارهٔ کودک کسب کنند و با شناخت تواناییها و محدودیتها، علل رفتار کودک را تشخیص دهند. از طریق این همکاری، روابط دوستانه بین مشاور و معلم و والدین به وجود می‌آید که باعث اطمینان و تسلی خاطر والدین می‌شود و آنان را به تماس و همکاری بیشتر تشویق و ترغیب می‌کند. والدین نیز اطلاعاتی

دربارهٔ کودکشان کسب می‌کنند و با نیازها و مشکلات آنان بیشتر آشنا می‌شوند و نحوهٔ کارکردن صحیح با فرزندشان را می‌آموزند.

جلسهٔ ملاقات مشاور و معلم با والدین که معمولاً بیست تا سی دقیقه به طول می‌انجامد، به منظور ایجاد هماهنگی بین آموزش مدرسه با خانواده، مبادلهٔ اطلاعات در مورد کودک و تبیین سیاستها و خط‌مشیهای مدرسه تشکیل می‌شود. این تلاشها در وهلهٔ اول، از بروز مشکلات در آینده پیشگیری می‌کند. مشاور و معلم قبل از حضور در جلسه باید بدانند هدفهای ملاقات با والدین چیست، در صدد کسب چه نوع اطلاعاتی هستند، چه مطالبی را می‌خواهند به والدین انتقال دهند و از اطلاعات به دست آمده چه استفاده‌ای خواهند کرد.

در سالهای اولیهٔ آموزش رسمی کودک، نوع مشارکت و انتظارات والدین نسبت به اهداف و روش جلسات ملاقات با مشاور و معلم شکل می‌گیرد. اگر تماس مسؤولان مدرسه با والدین به صورت ملاقاتهای منظم و جدّی باشد، والدین در آینده انتظار دارند از طرف مدرسه دعوت شوند و خود را موظف به شرکت در آن می‌دانند. چنانچه مسؤولان مدرسه به طور جدی عمل نکنند و ملاقات با والدین را تنها با برگزاری یک جلسهٔ عمومی در طول سال تحصیلی برقرار سازند، والدین نیز کار را جدی نخواهند گرفت و در همین حد از مدرسه انتظار خواهند داشت. اگر فقط از والدینی که کودکشان مشکل دارد برای ملاقات با مشاور و معلم به مدرسه دعوت به عمل آید، در اینصورت والدینی که توسط مسؤولان به مدرسه احضار می‌شوند، از قبل فکر خواهند کرد که برای فرزندشان در مدرسه مشکلی به وجود آمده است.

مشاور باید برای آموزش والدین ـ به صورت فردی و گروهی ـ برنامه‌های دقیق تهیه و تنظیم کند و با کمک کارکنان مدرسه آنها را به مرحلهٔ اجرا درآورد. والدین از طریق آموزش، با مسائل فرزندشان آشنا می‌شوند و روشهای حل مشکلات را یاد می‌گیرند. آموزش والدین تا حدود بسیاری جنبهٔ پیشگیری دارد و از ایجاد مشکلات اجتماعی و عاطفی جلوگیری می‌کند. آموزش والدین اصولی دارد از جمله: والدین قدرت یادگیری دارند، به یادگیری علاقه‌مندند، آنچه دوست دارند یاد می‌گیرند،

موضوعی را که به رابطهٔ آنان باکودکشان مربوط باشد بهتر می‌آموزند، از طریق بحث و گفتگو، یادگیری آنان افزایش می‌یابد، در آموزش باید به مسائل عاطفی و عقلانی توجه شود و هر کدام از والدین روش یادگیری خاص دارند (۳۱:۷۹-۹۱).

مشاوربرای برگزاری جلسهٔ آموزش والدین، باید طراحی و برنامه‌ریزی کند و به نیازهای کودکان توجه خاص داشته باشد. ابتدا باید ضرورت تشکیل جلسات آموزش والدین مشخص شده، سپس زمان و مکان جلسه و در نهایت محتوا و روش کار تعیین شود. در ایجاد یک برنامهٔ مفید و مؤثر برای آموزش والدین باید: نخست، نیازها بررسی و مشخص شود. در این مورد مشکلات والدین و نیازهای آنان به آموزش، مطالعه می‌شود و برنامه‌های مناسب برای رفع مشکلات طراحی می‌گردد؛ دوم، برنامهٔ مناسب برای ارضای نیازها و رفع مشکلات تهیه و تدوین می‌شود. در طراحی برنامه باید والدین دخالت داشته باشند؛ سوم، برنامهٔ تهیه شده از طریق رسانه‌های گروهی باید به اطلاع عموم برسد و به دنبال آن در روز و محل تعیین شده، جلسه تشکیل و کار آموزش آغاز شود.

اگر جلسهٔ ملاقات بنا به تقاضای والدین برگزار می‌شود، بهتر است مشاور و معلم علت تشکیل جلسه را از والدین جویا شوند. ممکن است منظور والدین، ارزیابی خصوصیات کودکشان باشد، یا آنکه می‌خواهند در زمینهٔ پیشرفت تحصیلی و رفتارهای اجتماعی و عاطفی او صحبت کنند یا آنکه در صددند شیوه‌های کمک به فرزندشان را بیاموزند. در این حالت، والدین بیشتر دربارهٔ خودشان صحبت می‌کنند، نه فرزندشان. مشاور و معلم باید به والدین احترام بگذارند و صبورانه به حرفهای آنان گوش دهند. در این جلسات، مشاور و معلم باید والدین را تشویق کنند تا به کودک اجازه دهند در مواردی خودش تصمیم بگیرد و عواقب رفتارش را مشاهده کند.

۴. نقش مددکار اجتماعی

مددکاران اجتماعی در پیشبرد اهداف برنامهٔ راهنمایی و مشاورهٔ کودک نقش مفید و مؤثری ایفا می‌کنند. مددکاری اجتماعی یکی از خدمات راهنمایی است و در پیشگیری از بروز مشکلات کودک نقش بسزایی دارد. مددکار اجتماعی، بین کودک مشکل دار و

خانوادهٔ او با دیگر نهادها و سازمانهای اجتماعی رابطهٔ یاری‌دهنده برقرار می‌سازد و از امکانات نهادها وسازمانها برای حل مشکلات کودک وخانواده‌اش بهره می‌گیرد. مددکار اجتماعی همچنین با مراجعه به افراد مختلف، اطلاعات لازم را دربارهٔ کودک و اطرافیان او جمع‌آوری می‌کند. مددکار اجتماعی برای آنکه درکارش موفق شود، باید با منابع ارجاعی و رفاهی جامعه و نحوهٔ ارائهٔ خدمات آنها بخوبی آشنا باشد تا در مواقع ضروری بتواند از آنها در جهت حل مشکلات کودکان و خانواده‌هایشان استفاده کند.

۵. نقش روان‌سنج

در برنامهٔ راهنمایی و مشاورهٔ کودک، روان‌سنج نیز نقش مهمی دارد و به حل مشکل کودک کمک می‌کند. روان‌سنج که اصولاً در زمینهٔ تهیه و اجرا و تعبیر و تفسیر آزمونهای روانی تخصص دارد، با اجرا و تعبیر و تفسیر انواع آزمونهای روانی در نظامهایی که برنامهٔ راهنمایی و مشاورهٔ کودک گسترده‌ای دارند، اطلاعات دقیق و جامعی دربارهٔ کودک در اختیار مشاور قرار می‌دهد. چنانچه در برنامهٔ راهنمایی و مشاوره، روان‌سنج وجود نداشته باشد مشاور، انجام دادن وظایف او را عهده‌دار می‌شود.

۶. نقش مدیر

مسؤولیت اداری و اجرایی برنامهٔ راهنمایی و مشاورهٔ مدرسه بر عهدهٔ مدیر است. وظایف عمدهٔ مدیر مدرسه در برنامهٔ راهنمایی و مشاورهٔ کودک عبارت است از: نظارت بر فعالیت مشاور، کوشش در پیشبرد امورآموزشی و تربیتی مدرسه. در چهارچوب اصول و هدفهای برنامهٔ راهنمایی و مشاوره، همکاری جدی با مشاور به منظور شناخت کودکان، جلب همکاری منابع موجود در جامعه، مشورت با معلمان در زمینهٔ شناخت مشکلات کودکان و کمک به رفع نیازهای آنان، تشکیل جلسات باکودکان و والدین و معلمان به منظور جلب حمایت و همکاری آنان نسبت به برنامهٔ راهنمایی و مشاورهٔ مدرسه، فراهم آوردن امکانات و تجهیزات لازم برای اجرای برنامهٔ راهنمایی و مشاورهٔ

مدرسه و تنظیم برنامه‌های درسی کلاسها به طریقی که مشاور در مواقع ضروری بتواند با دانش‌آموزان ارتباط برقرار کند. مدیر مدرسه برای آنکه درانجام دادن این وظایف موفق شود، باید در زمینهٔ راهنمایی و مشاوره آگاهی داشته و کارآموزی لازم راگذرانده باشد.

۷. نقش انجمن اولیا و مربیان

توجه به آموزش و پرورش کودکان، مشاوره با والدین و کودکان به منظور رفع مشکلات آنان و هماهنگ کردن روشهای تربیتی و آموزشی خانه و مدرسه از جمله اهداف تشکیل انجمن اولیا و مربیان محسوب می‌شود. همکاری و همیاری و تفاهم بین کارکنان مدرسه با والدین، حل مسائل خانوادگی کودکان، کمک مالی به خانواده‌های نیازمند، آموزش والدین در اعمال شیوه‌های تربیتی درست با فرزندان، آگاه کردن والدین از وضع رفتاری و تحصیلی کودکان و جلب همکاری والدین و استفاده از تخصص آنان در زمینه‌های گوناگون، آموزش و پرورش کودک راکارآمد و مفید می‌سازد. انجمن اولیا و مربیان مدرسه با بهره‌گیری از همکاری فکری و مالی و تخصصی والدین در زمینه‌های مطرح شده، می‌تواند خدمات ارزشمندی برای کمک به کودکان و رفع مشکلات آنان ارائه دهد.

خلاصه

در این فصل نقش افراد مختلف از جمله مشاور، معلم، والدین، مددکار اجتماعی، روان‌سنج، مدیرمدرسه واعضای انجمن اولیا ومربیان در اجرای برنامهٔ راهنمایی و مشاورهٔ کودک مطرح شد و گفتیم راهنمایی و مشاورهٔ کودک، زمانی به نتایج مفید و مطلوب خواهد رسید که تمام کسانی که به نوعی با کودک ارتباط دارند با راهنما و مشاور همکاری جدی داشته باشند. مشاور کودک باید در زمینه‌های روانشناسی رشد و تربیتی و روشهای درمان مشکلات، اطلاعات کافی داشته باشد و دارای خصوصیاتی از جمله: حوصله، ثبات عاطفی، صمیمیت، انعطاف‌پذیری، آرامش و مهربانی باشد.

نقش معلم هیچگاه نباید در موفقیت برنامهٔ راهنمایی و مشاورهٔ کودک و تأمین

سلامت و بهداشت روانی او نادیده و ناچیز گرفته شود. اگر والدین کودک، با مشاور و معلم همکاری نکنند، در رفتارهای نامناسب کودک تغییر چندانی حاصل نخواهد شد؛ از این رو، برگزاری جلسات مستمر ملاقات والدین با مشاور و معلم، امر لازم و اجتناب‌ناپذیری است. مددکار اجتماعی و مدیر و روان‌سنج نیز هر کدام به نوعی در موفقیت برنامهٔ راهنمایی و مشاورهٔ کودک مؤثرند. مشاور باید تمام فعالیتهایی را که از طرف افراد و مؤسسات مختلف انجام می‌شود، در حل مشکل کودک هماهنگ سازد.

فصل پنجم

فنون مشاورهٔ کودک

گرچه فنون رایج در مشاوره را می‌توان در مورد کودکان نیز به کار بست، کودکان به محبت و صمیمیت و درک و تفاهم بیشتری در جلسهٔ مشاوره نیاز دارند. در این فصل، فنون و برخی نظریه‌های متداول در مشاورهٔ کودک و سپس روشهای تغییردادن رفتار کودکان و بازی درمانی بررسی می‌شود.

الف) فنون مشاورهٔ کودک

مشاور از طریق مشاوره، کودک را در حل مشکلاتش کمک می‌کند. مشاور کم تجربه در اولین جلسات مشاوره، احساس بی‌کفایتی و درماندگی می‌کند و نگران آن است که آیا می‌تواند جلسهٔ مشاوره را با موفقیّت خاتمه بخشد. در این حالت، مشاوره را از طریق آزمایش و خطا و با وابستگی شدید به دیگر متخصصان انجام می‌دهد. او بتدریج بر خودش مسلط می‌شود و روشهای مناسب مشاوره را یاد می‌گیرد و با ادامهٔ کار، بر مهارتهایش می‌افزاید.

مشاور در آغاز جلسهٔ مشاوره باید اضطراب کودک را از طریق برقراری رابطهٔ حسنه کاهش دهد و او را به طرح مشکل تشویق کند. وجود رابطهٔ حسنه، به کودک آرامش می‌بخشد و باعث می‌شود که احساس امنیت کند. مشاور باید: نخست، کودک را آزاد گذارد تا جلسه مشاوره را هر طور که می‌خواهد شروع کند؛ دوم، بدون هیچگونه قید و شرطی او را بپذیرد و با دقت بسیار به گفتارش گوش دهد؛ سوم، کودک را ازمحرمانه ماندن مطالب جلسه مطمئن سازد و به وعدهٔ خود عمل کند.

مشـاورهٔ کودک باید در مکانـی آرام و ساکت و جذاب انجام شود.

مشاور باید از روشها و فنون مختلف مشاوره از جمله گوش دادن فعال، انعکاس گفتار و احساسات، سازمان دادن، رهبری جلسه، تشویق، مواجهه با سکوت و برخورد صحیح با مقاومت کودک بخوبی آگاه باشد و بموقع و درست از آنها استفاده کند. گوش دادن فعّال، عملی ارادی است که با دقت و توجه و تمرکز بر گفته‌های کودک همراه است و موجب دریافت صحیح پیام کودک و شناخت مشکلش می‌شود. پیامهای مبادله شده بین کودک و مشاور، در جلسهٔ مشاوره به صورت کلامی و غیرکلامی است. در پیامهای کلامی که با زبان، بیان و با گوش، شنیده می‌شود، احساسات و عواطف کودک بخوبی و با صراحت، قابل تشخیص نیست؛ در حالی که پیام غیرکلامی به صورت ایما و اشارهٔ حرکات بدن و احساسات ارائه می‌شود. در مشاورهٔ کودک، اهمیت پیامهای غیرکلامی به مراتب از پیامهای کلامی بیشتر است؛ زیرا بسیاری از حـالات و احسـاسات درونـی مطرح نشدهٔ کودک را می‌توان در پیامهای غیرکلامی او جستجو کرد.

از طریق انعکاس احساسات توسط مشاور، کودک می‌تواند حالات خود را در مشاور ببیند. انعکاس احساسات از مقاومت کودک در جلسهٔ مشاوره می‌کاهد، بر رابطهٔ حسنه و پذیرش می‌افزاید و موجب می‌شود کودک مشکلش را مطرح سازد. سازمان دادن به جلسهٔ مشاوره از جمله: تعیین زمان و طول جلسهٔ مشاوره، بیان محدودیتها و اهداف مشاوره و گفتگو دربارهٔ نقشهای کودک و مشاور، از ابهام و سردرگمی مشاور و کودک در جلسهٔ مشاوره می‌کاهد و چهارچوب و قالب فعالیتهای مشاور و کودک را مشخص می‌سازد. زمان مشاورهٔ فردی با کودک ۲۵ الی ۳۰ دقیقه است.

مشاور باید جلسهٔ مشاوره را به شیوه‌ای صحیح اداره کند و بموقع کلمات و جملات و روشهای مناسب را به کار برد. سه شیوهٔ اصلی رهبری جلسهٔ مشاوره عبارت است از مستقیم، غیرمستقیم و انتخابی. در روش مستقیم، مشاور با قبول مسؤولیت اصلی اداره و تعیین خط‌مشی جلسهٔ مشاوره و با تأکید بر تشخیص علل ناراحتی و کاربرد آزمونهای روانی، به حل مشکل کودک اقدام می‌کند. در روش غیر مستقیم، کودک فعال است و بخش عمده‌ای از مسؤولیت اداره و تعیین خط‌مشی جلسهٔ مشاوره برعهدهٔ

اوست. در روش انتخابی، مشاور به استفاده از یک روش خاص پایبند نیست و باتوجه به موقعیت و نیاز کودک، مناسبترین شیوهٔ مشاوره را انتخاب و اجرا می‌کند. استفادهٔ مشاور از تشویق و کلمات تأییدکننده و همدلی، علاوه بر آنکه جلسهٔ مشاوره را به پیش می‌برد، از نگرانی و احساس ناامنی کودک می‌کاهد و او را به ادامهٔ مشاوره دلگرم می‌سازد.

برخورد صحیح با سکوت در جلسهٔ مشاورهٔ کودک اهمیت دارد. کودک ممکن است در آغاز یا ادامهٔ جلسهٔ مشاوره ساکت بماند و حرفی نزند. برای شکستن سکوت، باید علت آن شناخته شود. برخی از علل سکوت کودک در جلسهٔ مشاوره عبارت است از نداشتن حرفی برای گفتن، ابراز خشم و احساس ناراحتی، احساس خستگی و حالت مقاومت. کودک ممکن است نسبت به مشاوره و شخص مشاور مقاومت نشان دهد و با ابراز خشم و نگرانی و انتقاد شدید از مشاور و مشاوره، تقاضا کند که به جلسهٔ مشاوره پایان داده شود. مشاور برای شکستن مقاومت کودک، ابتدا باید او را بپذیرد و به حرفهای او گوش دهد تا مقاومتش کاهش یابد. در صورت ادامهٔ مقاومت، بهتر است به جلسهٔ مشاوره پایان داده شود.

پایان دادن جلسهٔ مشاورهٔ کودک، باید به طور سنجیده و بر اساس فنون شناخته شده‌ای انجام شود. مشاور برای پایان دادن به جلسهٔ مشاوره، باید به ترتیب، نزدیک شدن پایان وقت جلسهٔ مشاوره را به کودک اعلام کند، خلاصه‌ای از مطالب و موارد مطرح شده را ارائه دهد، برای او تکلیفی تعیین کند که برای جلسهٔ آینده انجام دهد و در نهایت قبل از خداحافظی، وقت مشاورهٔ جلسهٔ آینده را تعیین کند.

ب) نظریه‌های مشاورهٔ کودک

پس از آشنایی با فنون مشاوره، اطلاع از نظریه‌های رایج در مشاورهٔ کودک برای مشاور مفیدو آموزنده خواهد بود. نظریه، همچون نقشه‌ای مشاور را در رسیدن به اهدافش یاری می‌دهد وعملکرداو رادرتشخیص، درمان، پیش‌بینی‌نتایج وکاربردفنون‌مشاوره مشخص می‌سازد. دراینجا نظریه‌های مراجع ـ محوری، روانشناسی‌فردی، عقلانی ـ عاطفی،

واقعیت درمانی و رفتار درمانی که در مشاورهٔ کودک کاربرد دارند، به اختصار بررسی می‌شود. مشاور با توجه به موقعیت، نگرش و اعتقادش نسبت به ماهیت انسان، سن کودک و نوع مشکل مطرح شده می‌تواند نظریه‌ای را که برای حل مشکل کودک کارسازتر و مفیدتر است انتخاب و اجرا کند.

۱. نظریهٔ مراجع ـ محوری

این نظریه به علت نگرش مثبت نسبت به انسان، جایگاه و اهمیت خاصی در بین مشاوران دارد و به طور وسیعی در زمینه‌های گوناگون به کار گرفته شده است. اعتقاد راجرز، بنیانگذار این نظریه، آن است که نباید در روال فکر و زندگی فرد به طور مستقیم مداخله شود؛ زیرا اگر انسان در محیط پذیرا و سالمی قرار گیرد، ذاتاً می‌تواند خودش تصمیم بگیرد و راه زندگی‌اش را مشخص سازد. به نظر او ادراک، رفتار را به وجود می‌آورد و شناخت جهان از طریق ادراکات امکانپذیر است؛ در نتیجه، واقعیت برای هر فرد، بخشی از جهان خارج است که او ادراک می‌کند (٦٦:١٣١ـ١٩٧).

این نظریه بر «اینجا و اکنون» متکی است که «اگر ـ سپس» را در مشاوره مطرح می‌سازد؛ بدین معنی که اگر مشاور در جلسهٔ مشاوره به کودک احترام گذارد و توجه و درک همدلانه داشته باشد و وضعیت مطلوب و محیط پر از صفا و صمیمیت و پذیرش بدون قید و شرط را فراهم آورد، سپس کودک احساس ارزشمندی و دوستی خواهد کرد و تغییرات مطلوبی در او به وجود خواهد آمد. کودک به احساس ارزشمندی و جلب توجه نیاز دارد و اگر این نیازها ارضا شود، خشنودی و رضایت‌خاطر به دست خواهد آورد.

شرایط لازم برای مشاورهٔ مراجع ـ محوری عبارت است از: ۱) درک توأم با همفهمی؛ ۲) توجه مثبت بی قید و شرط؛ ۳) خلوص. مشاور و کودک در محیطی مملو از صفا و صمیمیت به طور آگاهانه و دوستانه با یکدیگر به تعامل کلامی و غیرکلامی و عاطفی و عقلانی می‌پردازند. مشاور باید احساسات و گفتار کودک را دقیقاً همان طور که مطرح می‌شود، درک کند و به آنها به طور مناسب پاسخ دهد. گوش‌دادن فعال به

کودک و پذیرفتن او، درک همدلانه و احترام به کودک و توجه به افکار و احساسات او، تغییر رفتار نامناسب را ممکن می‌سازد. مشاور باید در جلسهٔ مشاوره صداقت و ثبات داشته باشد و نقش بازی نکند.

مشاورهٔ مراجع ـ محوری مراحلی دارد. در مرحلهٔ اول کودک و مشاور دربارهٔ موضوعات عادی به گفتگوی دوستانه می‌پردازند. در مرحلهٔ دوم پس از ایجاد رابطهٔ دوستانه بین کودک و مشاور، کودک گرچه دربارهٔ احساسات خود کم و بیش گفتگو را آغاز می‌کند، هنوز مسؤولیت مشکلش را نمی‌پذیرد و عوامل بیرونی و دیگران را باعث پریشانی خود می‌داند. در مرحلهٔ سوم پس از ایجاد رابطهٔ دوستانهٔ عمیقتر بین کودک و مشاور، کودک دربارهٔ احساسات و عواطفش نیز سخن می‌گوید. هنوز هم کودک، مشکل را گاهی به عوامل بیرونی نسبت می‌دهد و خود را مسؤول وقوع آن نمی‌شناسد. در مرحلهٔ چهارم پس از برقراری رابطهٔ صمیمانه‌تر و عمیقتر بین کودک و مشاور، کودک برخی از مشکلاتش را صادقانه بامشاور مطرح می‌سازد و مسؤولیت اعمال و رفتارش را می‌پذیرد. در مرحلهٔ پنجم کودک با صداقت بیشتر دربارهٔ احساسات و رفتارش با مشاور صحبت می‌کند و مسؤولیت کامل اعمالش را می‌پذیرد و برخی از افکار و عقایدش را مورد سؤال قرار می‌دهد و می‌پذیرد که خودش باید برای تغییر آنها اقدام کند. بر اثر درک توأم با همفهمی، احترام بدون قید و شرط و خلوصی که بر جلسهٔ مشاوره حاکم است، کودک به تلاش و فعالیت بیشتری تشویق می‌شود و گامهای مؤثرتری درجهت تغییر عوامل نامطلوب برمی‌دارد (۳۵:۱۶۴ـ۱۷۹).

مشاورهٔ مراجع ـ محوری به صورت فردی و گروهی در مکانی آرام و ساکت اجرا می‌شود. مشاور به استفاده از آزمونهای روانی اعتقاد چندانی ندارد و تا جایی که ممکن است از کاربرد آنها خودداری می‌کند. به نظر راجرز، هر نوع مشکلی از طریق مشاورهٔ مراجع ـ محوری درمان پذیر است. ابتکار عمل و ادارهٔ جلسه با کودک است و مشاور از قضاوت و تحمیل عقایدش به او امتناع می‌ورزد. در مشاوره از فنون انعکاس، روشن‌سازی، گوش‌دادن فعال و تشویق کودک به سخن‌گفتن استفاده می‌شود.

۲. نظریهٔ روانشناسی فردی

روانشناسی فردی آدلر در آموزش و پرورش کاربردهای فراوان دارد. آدلر کارش را برای اولین بار با موفقیت در مرکز راهنمایی کودک در وین آغاز کرد. به نظر آدلر انسان موجودی اجتماعی، تجزیه‌ناپذیر، خلاق، مسؤول و در حال شدن است که برای تحقق اهداف تخیلی خویش در محدودهٔ میدان پدیداری عمل می‌کند. رفتار انسان زمینهٔ اجتماعی دارد و انسان برای بقا باید با همنوعانش رابطه برقرار کند. والدین، خواهران و برادران، همبازیها و اطرافیان در اجتماعی‌شدن کودک مؤثرند. اگر کودک در خانواده نتواند به طور عادی احساس تعلق کند، به انجام دادن رفتارهای نامطلوب متوسل خواهد شد. کودک بر اثر مقایسهٔ کارها و فعالیتهایش با بزرگتران احساس حقارت می‌کند. غلبه بر احساس حقارت و نیل به برتری ـ که با اصلاح رفتارهای نامناسب همراه است ـ از مهمترین محرکهای رفتار انسان محسوب می‌شود (۶۵:۳۴ـ۳۷).

انسان برای غلبه بر احساس حقارت، به خط‌مشی معینی نیاز دارد که از شیوهٔ زندگی او سرچشمه می‌گیرد. شیوهٔ زندگی، مجموعه ویژگیهای جسمی، ذهنی، روانی، اجتماعی و اخلاقی انسان است که بر اثر تعامل عوامل زیستی ـ محیطی در طول زندگی شکل می‌گیرد و برای غلبه بر احساس حقارت و نیل به برتری به روشی خاص فرد را آماده می‌سازد. شیوهٔ زندگی همچون نقشه‌ای ذهنی است که فرد را برای مقابله با دنیای وسیع یاری می‌دهد.

مشاوره به شیوهٔ آدلر یک فرایند آموزشی است که در آن مشارکت فعال درمانگر و کودک ضرورت‌دارد. مراجع باید اشتباههای اساسی خودرا بشناسد و درصدد تغییر رفتاری برآید که این اشتباهها را به وجود می‌آورد. اشتباههای اساسی عبارت است از: تعمیم مطلق (برای نمونه، استفاده از کلمهٔ «همه» در جملهٔ مردم همه دشمن من هستند)؛ اهداف نادرست و محال (برای نمونه، فرد باید همگان را از خودش راضی کند)؛ درک نادرست و توقّع بی‌مورد از زندگی (برای نمونه، هیچگونه آرامشی در زندگی ندارم)؛ تقلیل یا انکار احساس ارزشمندی خود (برای نمونه، آدم احمقی هستم)؛ ارزشها و باورهای غلط (برای نمونه، باید اول شوم حتی اگر حقوق دیگران را پایمال کنم).

اهداف مشاوره به شیوهٔ آدلر عبارت است از: تقویت علاقهٔ اجتماعی و میل به همکاری و مشارکت، کاستن از احساس حقارت و غلبه بر بی‌جرأتی، ایجاد تغییرات بنیادی در شیوهٔ زندگی و دگرگون ساختن انگیزه‌های نامطلوبی که موجب نگرانی شده‌اند (۵۶:۱۷۲-۱۹۶).

مراحل مشاوره به شیوهٔ آدلر عبارت است از: برقراری رابطه و حفظ آن، بررسی دقیق اهداف و شیوهٔ زندگی و پی بردن به نقش آن در ایجاد رفتار، ارائهٔ تعابیر و تفاسیر ضروری که موجب بینش می‌شود، طرح برنامه‌های آموزشی و اصلاحی و پیشنهاد راه‌حلهای گوناگون. درمانگر و کودک همچون دو دوست با همکاری و مشارکت یکدیگر در محیطی مملو از پذیرش و صمیمیت، گفتگوی هدفداری را آغاز می‌کنند. آگاه کردن کودک از اهداف و شیوهٔ زندگی‌اش، بخش دیگری از مشاوره است. درمانگر با طرح فرضیاتی دربارهٔ اهداف و شیوهٔ زندگی کودک، آگاهی او را در زمینه‌های گوناگون افزایش می‌دهد و او را به تفکر بیشتر دربارهٔ رفتارش تشویق می‌کند. از طریق تعبیر و تفسیر، کودک از علل رفتارش آگاه می‌شود، به نقاط قوت و ضعف خود پی می‌برد، به بینشی که لازمهٔ تغییر در رفتار است نایل می‌آید، علت و ماهیت مشکلات و اشتباههای اساسی خود را می‌شناسد. در تعبیر و تفسیر، تأکید بر هدف است نه بر علت؛ بر تحرک و عمل است نه بر توصیف و تشریح. کودک پس از کسب بینش نسبت به عوامل تشکیل دهندهٔ رفتارش، به کوشش تشویق می‌شود و جرأت عمل پیدا می‌کند. مشاور و کودک با همکاری یکدیگر راه‌حلهای مناسبی برای مشکل جستجو می‌کنند و کودک آزادانه از بین آنها مناسبترین را بر می‌گزینند و اجرا می‌کند.

مشاور از فنون عملی متعددی نظیر ایفای نقش (برای آموزش رفتار مشخصی به کودک)، تعیین تکلیف (برای اجرا و پیگیری آموزشهای ارائه شده در جلسهٔ درمان)، دگمهٔ فشار (برای نشان دادن اینکه کودک با خواست و اراده می‌تواند احساسات و عواطفش را تغییر دهد)، تجربهٔ آها (برای افزایش اعتمادبه‌نفس و خوش‌بینی در مراجع)، بروز احساسات و عواطف (برای امنیت دادن و جلب اعتماد مراجع) و مشورت با والدین (برای پی‌بردن به چگونگی زندگی فرد از بدو تولد در خانواده و تأثیر آن در رفتار) بسیار

استفاده می‌کند. مشاور که الگو قرار می‌گیرد باید خلوص، همدلی و علاقه‌مندی خود را به کودک نشان دهد و به ارزشمندی و امیدوار ساختن مراجع بیش از کاربرد فنون تأکید کند (۳۵:۱۰۵-۱۰۹).

۳. نظریهٔ عقلانی ـ عاطفی

آلبرت الیس، بین سالهای ۱۹۵۰ ـ ۱۹۶۰ نظریهٔ عقلانی ـ عاطفی را مطرح کرد. به نظر او مشکل فرد بر اثر افکار و نظام اعتقادی نامعقول به وجود می‌آید. هر گاه حادثه‌ای به وقوع پیوندد، فرد با توجه به تمایلات ذاتی خود از آن واقعه می‌تواند دو برداشت کاملاً متفاوت و متضاد داشته باشد: یکی افکار و اعتقادات معقول که با رفتار سالم و منطقی همراه است؛ دیگری افکار و اعتقادات نامعقول که به اضطراب و نگرانی می‌انجامد (۵۸:۵۵-۵۹).

انسان از نظر بیولوژیکی تمایل شدیدی به تفکر معقول و نامعقول دارد و می‌تواند در دو جهت کاملاً متضاد بیندیشد. عوامل فرهنگی به طور عام و آموزشها و ارزشهای خانوادگی به طور خاص، فرد را به سوی تفکر نامعقول می‌کشاند. فرد بر اثر تلقین افکار نامعقول به‌خود، اضطراب و نگرانی را تشدید می‌کند. اگر انسان یاد بگیرد که تلقین اینگونه افکار مخرب را متوقف سازد، اضطراب و نگرانی او برطرف خواهد شد (۵۷:۳۲۹-۳۳۲).

افکار نامعقولی که موجب اضطراب می‌شود عبارت است از اعتقاد و اصرار به اینکه: ۱) فرد باید مورد توجه و تعظیم و تکریم همگان قرار گیرد و همهٔ کارهایش باید مورد تأیید باشد؛ ۲) فرد برای احساس ارزشمندی باید از هر نظر کامل و لایق و بدون نقص باشد؛ ۳) چنانچه امور بر وفق مراد نباشد، مایهٔ نهایت نگرانی و بدبختی است؛ ۴) برخی افراد ذاتاً شرورند و باید بشدت توبیخ و سرزنش شوند؛ ۵) عوامل بیرونی غیر قابل کنترلی موجب اضطراب می‌شود؛ ۶) اجتناب از مشکلات و فرار از مسؤولیتها همواره بهترین و آسانترین روش مواجهه با نگرانیهاست؛ ۷) فرد برای بقا و ادامهٔ زندگی باید به افراد قویتر متکی باشد؛ ۸) تجارب گذشته در چگونگی رفتار کنونی، اثر قاطع و تغییرناپذیر دارد؛ ۹) آشفتگی و نگرانی در قبال مشکلات دیگران اجتناب‌ناپذیر است؛

۱۰) برای هر مشکلی فقط یک راه‌حل صحیح و کامل وجود دارد و انسان باید به آن دست یابد؛ ۱۱) اضطراب از بلاهای خطرناک و ترسناک به وجود می‌آید و فرد باید به هر ترتیبی شده از وقوع آنها جلوگیری کند (۳۵:۱۲۲-۱۲۶).

مشاور براساس نظریهٔ عقلانی ـ عاطفی برای تغییر افکار نامعقول کودک از سه روش درمان‌عاطفی، درمان‌شناختی و درمان‌رفتاری استفاده می‌کند. ایجاد رابطه با کودک که با احساس امنیت و اعتماد توأم باشد، برای دگرگونی در افکار نامعقول ضرورت دارد و موجب می‌شود که کودک مشکلش را به طور صریح و روشن با مشاور در میان گذارد. مشاور با برخورد مسؤولانه، کودک را متقاعد می‌سازد که خود باعث ایجاد و ادامهٔ مشکل می‌شود. با کمک درمان شناختی، کودک از خواسته‌ها و توقعات نامعقولش آگاه می‌شود و پی می‌برد که برای رهایی از اضطراب و نگرانی، لازم است خود را از قید و بند «بایدها» و «نبایدها» و «اصرارهای بی‌مورد» آزاد سازد. کودک همچنین می‌آموزد که پاسخ معقولی برای خواسته‌ها و توقعاتش بیابد، افکار معقول را از نامعقول تشخیص دهد، از شیوه‌های علمی و منطقی برای حل مشکلاتش استفاده کند و واقعیت را هر چند ناگوار، بپذیرد. مشاور می‌کوشد دامنهٔ دانش و آگاهی کودک را در زمینهٔ موضوع مورد بحث از طریق مباحثه، تشویق به بازی با اسباب بازیها و مشاهدهٔ فیلمهای مناسب گسترش دهد.

مشاور در جلسات مشاوره برای کاهش یا محو افکار نامعقول کودک از فنون متعددی استفاده می‌کند؛ از جمله ایفای نقش (برای نشان دادن تلقین‌پذیری نادرست کودک)، مدل سازی (برای نشان دادن نحوهٔ پذیرش ارزشهای گوناگون)، شوخی و بذله‌گویی (به منظور ابطال افکار نامعقول و اضطراب‌زا)، حسّاسیت‌زدایی منظم (برای رهاسازی افکار و خواسته‌های نامعقول)، تشویق (برای آگاه کردن کودک از عواقب افکار معقول و ترغیب او به تغییر تفکر نامعقول) و دادن تکلیف (برای افزایش یادگیری و عملکرد کودک). این شیوه در مورد کودکان باهوش، کارآمدی بیشتر دارد و در مکانی آرام و ساکت و به صورت فردی و گروهی انجام می‌شود. کاربرد این شیوهٔ درمانی در مورد کودکان دبستانی بیشتر مؤثر است.

۴. نظریهٔ واقعیت درمانی

واقعیت درمانی برای حل مشکلات کودکان و نوجوانان بزهکار، بسیار مؤثر ومفید است. به نظرگلسر، بنیانگذار این نظریه، همهٔ انسانها در همهٔ فرهنگها یک نیاز روانی مشترک به نام تشخیص «هویت» دارند که از طریق معاشرت و مشارکت با دیگران تشکیل می‌شود و رشد می‌کند. هویت، کیستی انسان راتوجیه می‌کند و به دو نوع موفق و ناموفق تقسیم می‌شود.

افراد با هویت موفق، دیگران را دوست دارند و در مقابل، مورد علاقهٔ افراد دیگر هم هستند و خود را انسانهای ارزشمندی می‌دانند. افراد با هویت ناموفق، بشدت احساس تنهایی و بیکسی می‌کنند و در زندگی مضطربند. این افراد برای مقابله با احساس دردناک حاصل از اضطراب به دو شیوه عمل می‌کنند. عده‌ای واقعیت را پنهان می‌سازند و در نتیجه گرفتار انواع بیماریها می‌شوند. برخی دیگر، واقعیت را انکار می‌کنند و در زمرهٔ بزهکاران و جنایتکاران و عناصر ضداجتماعی قرار می‌گیرند. بتدریج افراد هم هویت با هم دوست می‌شوند و با یکدیگر معاشرت می‌کنند و به تقویت خصوصیات یکدیگر می‌پردازند (۵۹: ۵ـ۴۰).

به نظر گلسر، واقعیت درمانی بر سه اصل استوار است: قبول واقعیت، قضاوت دربارهٔ درستی یا نادرستی رفتار و پذیرش مسؤولیت اعمال و رفتار. فرد باید واقعیت را بپذیرد و از وقایع گذشته، برای توجیه رفتار غیر مسؤولانه استفاده نکند. مراحل انجام دادن واقعیّت درمانی عبارت است از: ۱) برقراری ارتباط عاطفی؛ ۲) تأکید بر رفتار و نه بر احساسات؛ ۳) تأکید بر رفتار در زمان حال؛ ۴) قضاوت دربارهٔ رفتار؛ ۵) تهیهٔ طرح و برنامه؛ ٦) تعهد به انجام دادن برنامه؛ ۷) نپذیرفتن هیچگونه عذر و بهانه؛ ۸) حذف تنبیه.

مشاور باید در اولین جلسه، پذیرش و صمیمیت و محبت و علاقهٔ خود را به کودک نشان دهد. بحث در هر زمینه‌ای که کودک علاقه‌مند باشد، در آغاز جلسه مجاز است. برای یادگیری رفتار مناسب، آگاهی از چگونگی رفتار نامناسب ضرورت دارد. در واقعیت درمانی، بر رفتارهایی که در زمان حال رخ می‌دهد، تأکید می‌شود و کودک باید

بتواند دربارهٔ آنها قضاوت کند. تغییر هویت ناموفق، زمانی امکانپذیر خواهد بود که کودک بتواند دربارهٔ درستی یا نادرستی رفتارش قضاوت کند و مسؤولیت کامل این رفتارها را بر عهده گیرد. مشاور هیچگاه نباید به جای کودک و برای او به قضاوت دربارهٔ رفتارهایش بپردازد. مشاور از طریق طرح و اجرای برنامه‌های مفید و عملی به کودک کمک می‌کند تا هویت ناموفق را به هویت موفق تغییر دهد. تعهد کودکان به همکاری با مشاور و انجام دادن تکالیف، کلید اصلی موفقیت‌درمان است. تعهد قولی است که کودک به خود و دیگران می‌دهد و خود را نسبت به اجرای آن موظف می‌داند. مشاور هیچگونه بهانه‌ای را از کودک نمی‌پذیرد و او را به دلیل شکست در انجام دادن کارها، تحقیر و تنبیه نمی‌کند. مشاور با نزدیکان کودک در مواقع ضروری صحبت می‌کند و از آنان دربارهٔ او اطلاعاتی دریافت می‌کند.

واقعیت‌درمانی در محلی آرام و ساکت انجام می‌شود. مشاور اعتقاد دارد که کودک می‌تواند تصمیم بگیرد و مسؤول انتخابهایش باشد. از ایفای نقش و بحثهای ذهنی و شوخی برای آشنا ساختن کودک با گفتار و رفتار غیرمسؤولانه‌اش بسیار استفاده می‌شود. واقعیت درمانی به صورت فردی و گروهی در موقعیتهای مختلف با موفقیت به کار گرفته شده است. مشاور کودک را متهم به بیماری نمی‌کند و فقط در آغاز جلسه، مشخص می‌سازد که عوامل عضوی یا کنشی، باعث اضطراب و نگرانی شده‌اند.

۵. نظریهٔ رفتار درمانی

رفتار درمانی برای تغییر رفتارهای متعدّد درموقعیتهای گوناگون و در همهٔ گروههای سنّی، کاربردهای وسیعی دارد. رفتار درمانگران، یادگیری تمام رفتارها را از طریق شرطی شدن توجیه می‌کنند و بر اساس یافته‌های تحقیقات علمی، روشهایی برای تغییر رفتار ارائه می‌دهند و با تأکید بر رفتارآشکار و قابل مشاهده، به بررسی رابطهٔ بین محرک و پاسخ و ایجاد تغییرات مناسب در آن می‌پردازند. به اعتقاد آنان از طریق پاداش و تنبیه، رفتار را در هر جهتی می‌توان شکل داد؛ زیرا رفتار به وسیلهٔ پیامدهایش

کنترل می‌شود. پیامدهای مطبوع، باعث تکرار رفتار می‌شود و نتایج نامطبوع به قطع آن می‌انجامد (۲۹۵-۲۹۳:۵۷).

هدف اصلی رفتار درمانی، ایجاد تغییرات مناسب در ارتباط بین محرک و پاسخ است. مشاور به کودک کمک می‌کند تا شیوه‌های مؤثر عملکرد و نحوهٔ حل مشکلات را یاد بگیرد. مشاور بر استفادهٔ صریح و قاطع از اصول و قوانین یادگیری تأکید دارد و به کودک کمک می‌کند تا نحوهٔ استفادهٔ صحیح از تقویت‌کننده‌های رفتار و شیوه‌های جایگزینی رفتارهای مطلوب به جای رفتارهای نامطلوب را بیاموزد. مشاور باید نوع رفتار نامطلوب و میزان تکرار آن را بشناسد، با عواملی که باعث ادامه و تقویت آن رفتار می‌گردد آشنا شود و در نهایت به شناسایی وضعیت و عواملی بپردازد که احتمالاً باعث تغییر رفتار نامطلوب خواهد شد.

مشاوره به شیوهٔ رفتاردرمانی، یک فرایند آموزشی - یادگیری است که کودک روش حل مسأله را می‌آموزد. مشاور به مشاهدهٔ منظم، تشخیص مشکل، نظارت دقیق بر رفتار کودک و محیط، کمّی سازی داده‌ها و ارزیابی نتایج حاصل شده می‌پردازد. مراحل حل مشکل به ترتیب عبارت است از: مشخص ساختن مشکل، تعیین اهداف جلسهٔ مشاوره، مشاهده و ثبت رفتار کودک، کاربرد فنون خاص برای حل مشکل و ارزیابی کارآمدی فعالیتهای انجام شده. مشاور پس از برقراری رابطهٔ گرم و پذیرا با کودک، به جمع‌آوری اطلاعات کامل دربارهٔ زندگی او می‌پردازد و از آزمونهای روانی گوناگون استفاده می‌کند. رفتاردرمانگران معتقدند که پذیرش کودک و آگاه کردن او از مشکل به تنهایی برای تغییر رفتار و حل مشکل کافی نیست.

مشاور برای کمک به کودک در موارد متعدد از فنون گوناگون استفاده می‌کند. شرطی‌کردن برای تغییر رفتار نامطلوب بسیار استفاده می‌شود. در شرطی‌کردن کلاسیک، محرکی جایگزین محرک دیگر می‌شود و بین آنها ارتباط به وجود می‌آید. در شرطی‌کردن عامل، رفتار از طریق تغییر عواقب آن دگرگون می‌شود. روش خاموش‌کردن که در آن تکرار پاسخ با تقویت همراه نیست، در حذف رفتار نامطلوب مؤثر است. با استفاده از شیوهٔ متوقف کردن فکر نیز، رفتار نامطلوب دگرگون می‌شود. در این روش،

مشاور از مراجع می‌خواهد با بستن چشمهایش خود را در موقعیت اضطراب‌زا تصور کند. پس از فراخوانی احساسات نگران‌کننده، مشاور فوراً بر سر مراجع داد می‌زند و به او می‌گوید: متوقف کن. آموزش اظهار وجود یکی دیگر از فنون رفتار درمانی است که برای اظهار همه نوع احساسات ـ بجز اضطراب ـ استفاده می‌شود؛ برای نمونه، اگر کودکی قادر نباشد عقایدش را با دوستانش مطرح کند، استفادهٔ صحیح از این روش، به او جرأت اظهار وجود می‌دهد. انزجاردرمانی، شکل‌دادن رفتار، الگوسازی، ایفای نقش و حساسیت‌زدایی منظم از دیگر شیوه‌هایی است که مشاور بر اساس نظریهٔ رفتاردرمانی بسیار از آنها استفاده می‌کند (۳۵:۲۸۸ـ۲۹۹).

ج) روشهای تغییر دادن رفتار کودکان

مشاوره با کودک باید به تغییر رفتار نامناسب و حل مشکل او بینجامد. یافته‌های روانشناسی یادگیری در تعیین قوانین و روشهای تغییر رفتار، نقش بسزایی ایفا کرده است. مشاور باید این قوانین و روشها را بخوبی بداند و در مشاوره با کودکان از آنها به طور صحیح استفاده کند و بدان وسیله رفتارهای نامطلوب کودکان را تغییر دهد. به نظر متخصصانِ تغییر رفتار، کلیهٔ رفتارها (مطلوب یا نامطلوب) آموخته می‌شود و هدف تغییر رفتار عبارت است از ایجاد و افزایش رفتارهای مطلوب و مفید، همچنین کاهش و حذف رفتارهای نامطلوب و مضر در کودکان.

روشهای تغییر رفتار به چهار دسته تقسیم می‌شود: ۱) روشهای افزایش رفتارهای مطلوب؛ ۲) روشهای ایجاد رفتارهای مطلوب جدید؛ ۳) روشهای نگهداری رفتارهای مطلوب؛ ۴) روشهای کاهش و حذف رفتارهای نامطلوب (۲۲:۱۷۵ـ۲۲۶).

مشاور برای تغییر رفتار کودک، باید برنامهٔ دقیقی تهیه و اجرا کند. برای تغییر رفتار ابتدا باید اهداف و وضعیت کنونی، همچنین عواقب وابسته به رفتار، معیّن شود، سپس روشهای مناسب برای تغییر رفتار نامطلوب انتخاب گردد. ابتدا به شناخت رفتاری که قرار است تغییر داده شود اقدام گردد و سپس رفتار نهایی (رفتار مورد انتظار) به صراحت تعریف و مشخص شود.

۱. روشهای افزایش رفتارهای مطلوب

برای افزایش رفتارهای مطلوب از تقویت مثبت و منفی استفاده می‌شود. تقویت مثبت که تقریباً همان پاداش است، باعث تکرار و ادامهٔ رفتار مطلوب کودک می‌شود. تقویت کننده‌ها در زمانها و مکانها و اوضاع مختلف بر کودکان تأثیر متفاوتی دارند؛ از این رو، مشاور قبل از ارائهٔ تقویت‌کننده‌ها باید شناخت دقیقی از کودک به دست آورد.

تقویت‌کننده‌ها به انواعی تقسیم می‌شوند از جمله نخستین (مثل غذا و آب) که به طورذاتی اثر تقویتی دارد و ثانویه (مثل نمره و آفرین) که بر اثر مجاورت با تقویت‌کننده‌های نخستین، خاصیّت تقویت کنندگی به خود می‌گیرد. نوع دیگر، تقویت‌کننده‌های پته‌ای است که در آن کودک در برابر انجام دادن یک عمل مطلوب، ستاره یا ژتونی دریافت می‌کند که با غذا یا شیرینی یا شیء دیگری قابل مبادله است. توجه و لبخندزدن و نوازش‌کردن از تقویت کننده‌های اجتماعی است که در تغییر رفتار کودک تأثیر مطلوب و چشمگیری دارد. در تقویت منفی که به افزایش رفتار مطلوب می‌انجامد، محرک نامطلوب ـ که سبب آزار و ناراحتی کودک می‌شود ـ از موقعیت حذف می‌گردد. این نوع تقویت، یکی از شیوه‌های نامطلوب تغییر رفتار کودکان است؛ زیرا ابتدا باید محرک آزاردهنده و دردآور به کودک داده شود و سپس با حذف آن، رفتار مطلوب به وجود آید؛ بنابراین باید با احتیاط بیشتر به کار گرفته شود.

در ارائهٔ تقویت، باید اصولی رعایت شود: نخست، تقویت تا حد ممکن پس از بروز رفتار مطلوب به کودک داده شود؛ دوم، مقدار تقویت با توجه به موقعیت و نیازهای کودک ارائه شود؛ سوم، تقویت برای کودک تازگی داشته باشد و تا جایی که ممکن است از دادن تقویتهای تکراری خودداری شود (۳۱:۶۹ـ۷۱ ؛ ۴۱:۷۴ـ۹۰).

۲. روشهای ایجاد رفتارهای مطلوب جدید

این روشها عبارت است از: یادگیری از راه مشاهده و الگو قرار دادن، شکل‌دهی رفتار، زنجیره کردن رفتار و زنجیره کردن وارونه. در این روشها، هدف، ایجاد رفتارهایی است

که قبلاً در کودک موجود نبوده است. مشاور در کاربرد این روشها باید مهارت و دقت کافی داشته باشد.

کودکان از راه مشاهده و تقلید، رفتارهای اطرافیان، بویژه والدین را یاد می‌گیرند. اگر رفتارهای والدین مطلوب باشد، کودک نیز به تقلید از آنان رفتار مطلوبی خواهد داشت؛ از این رو، نقش والدین در تعادل رفتاری کودکان اهمیت بسیاری دارد. کودکان همچنین از دوستان و همسالان خود تقلید می‌کنند و رفتارهای آنان را می‌آموزند و الگو قرار می‌دهند.

در شکل‌دهی رفتار ـ که اسکینر بیان کرده است ـ مشاور رفتار نهایی کودک را مشخص می‌سازد، سپس برای رسیدن به آن به طور گام به گام کار را با تقویت رفتارهای ساده آغاز می‌کند و بتدریج با افزایش پیچیدگی به رفتار نهایی می‌رسد. مشاور نباید از کودک انتظار داشته باشد که فوراً رفتار نهایی را به طور کامل بروز دهد، بلکه باید در هر مرحله رفتارهای جزئی‌تر را که در جهت رفتار نهایی است تقویت کند تا کودک بتواند به رفتار نهایی برسد. از این روش در آموزش و تربیت کودکان عقب‌ماندهٔ ذهنی و کر و لالها و نیز در آموزش برنامه‌ای بسیار استفاده می‌شود.

مشاور در روش زنجیره کردن رفتار با استفاده از اجزای سادهٔ رفتاری که از قبل در خزانهٔ رفتاری کودک وجود دارد، رفتارهای پیچیده‌تر را به او می‌آموزد. در این روش، رفتار پیچیده به رفتارهای ساده‌تر تقسیم شده، آموزش از رفتارهای ساده‌تر آغاز می‌شود. کودک باید همهٔ اجزای سادهٔ رفتار را زنجیروار و به دنبال هم انجام دهد تا بتواند رفتار نهایی را یاد بگیرد. در روش زنجیره کردن وارونه، کار آموزش از رفتار نهایی شروع می‌شود؛ یعنی اگر کودک رفتار نهایی را انجام بدهد، تقویت می‌شود و سپس به انجام دادن رفتار قبل از پایان می‌پردازد و تقویت می‌شود. به همین ترتیب حلقه‌های زنجیرهٔ رفتار یکی پس از دیگری و از آخر به اول یاد گرفته می‌شود.

۳. روشهای نگهداری رفتارهای مطلوب

این روشها که بر تعداد پاسخها، یا زمان تقویت متکی است عبارتند از: برنامهٔ نسبی ثابت،

برنامهٔ نسبی متغیر، برنامهٔ فاصله‌ای ثابت و برنامهٔ فاصله‌ای متغیر. در برنامهٔ نسبی ثابت، تقویت پاسخ مطلوب پس از هر چند بار تکرار، انجام می‌شود؛ برای مثال، اگر پاسخ مطلوب پس از هر پنج بار تکرار تقویت شود، نسبت تقویت پنج به یک است. در برنامهٔ نسبی متغیر، پاسخ مطلوب پس از تکرار به دفعات نامشخص، تقویت می‌شود و زمان ارائهٔ تقویت معلوم نیست. در برنامهٔ فاصله‌ای ثابت، تقویت پاسخ مطلوب در فواصل زمانی ثابت؛ برای مثال هر ده دقیقه یک بار، انجام می‌شود. در برنامهٔ فاصله‌ای متغیر، زمان تقویت پاسخ مطلوب، معیّن نیست، ولی کودک می‌داند که سرانجام رفتارش تقویت خواهد شد.

۴. روشهای کاستن و حذف رفتارهای نامطلوب

برای کاستن و حذف رفتارهای نامطلوب از روشهای مثبت و منفی استفاده می‌شود. روشهای مثبت، شامل تقویت رفتارهای دارای فراوانی کم، تقویت رفتارهای دیگر، تقویت رفتارهای ناهمساز و اشباع است. برخی از رفتارهای کودکان اگر با فراوانی کم به وقوع پیوندند، مطلوبند و تقویت آنها اشکال ایجاد نمی‌کند. گاهی نیز تمام رفتارهای مطلوب کودک ـ بجز رفتار نامطلوبی که قرار است تغییر داده شود ـ تقویت می‌شود. در این مورد، تقویت، زمانی ارائه می‌گردد که رفتار نامطلوب حذف شود. زمانی نیز تقویت کردن رفتار مغایر با رفتار نامطلوب، باعث کاهش آن رفتار می‌شود. در اینجا بر رفتاری که مغایر با رفتار نامطلوب است تأکید می‌شود. در مواقعی نیز برای توقف رفتار نامطلوب، از کودک مصرانه خواسته می‌شود رفتار نامطلوب را آنقدر تکرار کند تا به او احساس خستگی و دلزدگی دست بدهد. این روش باید در مورد کاهش یا حذف رفتارهایی انجام شود که برای کودک و اطرافیان مضر نیست.

در روشهای منفی کاستن رفتارهای نامطلوب که به روش تنبیهی نیز معروف است، مستقیماً به تغییر و کاهش رفتار نامطلوب اقدام می‌شود. این روشها عبارت است از: خاموشی، محروم‌کردن از تقویت، جریمه کردن، جبران و تنبیه. اگر طوری عمل شود که کودک پس از انجام دادن رفتار نامطلوب خاصی، پاداش دریافت نکند، آن رفتار

بتدریج خاموش خواهد شد. روش خاموشی، متضاد روش اشباع است. در روش محروم کردن از تقویت، کودک به دلیل رفتار نامطلوبش برای مدت زمانی تقویت نمی‌شود. در این روش، باید تقویت‌کننده‌ها از نظر کودک بخوبی شناسایی شوند وگرنه نتیجهٔ عکس به بار خواهد آمد. در روش جریمه کردن، کودک به دلیل کار نامطلوبی که مرتکب شده است، تقویت کمتری را دریافت می‌کند. جریمه نباید خیلی سنگین باشد؛ زیرا مفید و مؤثر واقع نخواهد شد. در این روش، از کودک خواسته می‌شود تا در صورت ارتکاب عمل خلاف، به اصلاح آن بپردازد، یا آنکه علاوه بر اصلاح رفتار نامطلوب، اعمال اصلاحی اضافی را نیز انجام دهد. در روش تنبیه، به کودک پس از ارتکاب عمل نامطلوب یک محرک آزاردهنده یا تقویت‌کنندهٔ منفی ارائه می‌شود؛ زیرا تنبیه گرچه رفتار نامطلوب را به طور موقت کاهش می‌دهد، برای تغییر رفتار نامطلوب روش مناسبی نیست. تنبیه شونده یاد می‌گیرد که دیگران را به همان نحوی که تنبیه شده است، تنبیه کند و رفتار پرخاشگرانهٔ او شدت می‌یابد.

د) بازی درمانی

بازی درمانی یکی از روشهای متداول برای شناخت و درمان مشکلات کودکان است. بازی، فعالیتی انتخابی و داوطلبانه است که به منظور سرگرمی و شادی و تفریح و صرف انرژی انجام می‌شود. کودک از طریق بازی خیلی چیزها می‌آموزد، به مکاشفه می‌پردازد، کنجکاوی‌اش را ارضا می‌کند، میل به برتری‌جویی را بروز می‌دهد، برای عهده‌دارشدن امور زندگی آینده به تمرین می‌پردازد، عواطف و هیجانات خود را به طور بی‌خطر و بی‌ضرر می‌نمایاند، به تعادل روانی می‌رسد، دربارهٔ خود و اطرافیان و محیط، اطلاعات جدیدی به دست می‌آورد، به خلاقیت و ابتکار می‌پردازد، ناراحتیها ونگرانیهای خود را بیان می‌کند، رعایت قوانین و مقررات را می‌آموزد، هماهنگی جسمانی به دست می‌آورد و به تقویت حواس مختلف می‌پردازد (۸: ۲۰-۳۴).

بازیهای سنین کودکی به سه گروه تقسیم می‌شود: ۱) بازیهای مهارتی؛ ۲) بازیهای تقلیدی؛ ۳) بازیهای با قاعده. بازیهای مهارتی که کودکان سالم به انجام‌دادن آنها

می‌پردازند و لذت می‌برند، هر گونه جنبش و حرکت نظیر پریدن و لی‌لی‌کردن را شامل می‌شود. کودک بازیهای تقلیدی را براساس تجارب و آموخته‌های قبلی‌اش انجام می‌دهد؛ مثل بازی‌کردن با عروسک. این نوع بازیها تنها جنبهٔ تقلید از بزرگتران را ندارد، بلکه در آن خلاقیت و ابتکار نیز مشاهده می‌شود؛ برای مثال، کودکان در سنین دو تا پنج سالگی با بهره‌گیری از قوهٔ تخیل و ابتکار، به‌گونه‌ای خاص با اسباب‌بازیهایشان بازی می‌کنند. کودک ممکن است با عروسکش چنان بازی کند که گویا با یک فرد واقعی در تماس است. کودک از طریق بازیهای با قاعده، همکاری و مشارکت با دیگران و قوانین اجتماعی را یاد می‌گیرد. برای آنکه بازی در رشد کودکان مؤثر و برای آنان لذتبخش باشد، باید با وضعیت سنی و روانی کودک متناسب باشد، با موقعیت مکانی و اوضاع فرهنگی و اجتماعی کودک تناسب داشته باشد، متنوع و آموزنده باشد، جنبهٔ تحمیلی نداشته باشد و کودک آزادانه به بازی‌کردن با وسایل بپردازد.

بازی‌درمانی وسیله‌ای تشخیصی است و به‌کودک امکان می‌دهد تا عقایدش را آزادانه بیان کند. همچنین بازی روش مناسبی برای برقراری رابطهٔ حسنه بین کودک و مشاور است و کودک ضمن بازی، نگرانیها و احساساتش را بروز می‌دهد. کودک از طریق بازی در محیطی آرام و پذیرا به یادگیری و تجربهٔ زندگی می‌پردازد و نحوهٔ سازش با اطرافیان را می‌آموزد (۴۴:۶۳-۶۴).

در اجرای بازی درمانی اصولی باید رعایت شود: ۱) کودک باید مورد پذیرش بی‌قید و شرط قرار گیرد و با او رابطهٔ حسنه برقرار شود؛ ۲) کودک باید آزاد گذاشته شود تا به میل خود آنطور که می‌خواهد بازی کند؛ ۳) اتاق بازی باید مناسب و آرام باشد و کودک به همکاری و مشارکت تشویق شود؛ ۴) کودک به دلیل اشتباهاتش هیچگاه شماتت و سرزنش نشود؛ ۵) قوانین وضع‌شده باید تا حد ممکن ساده و قابل درک باشد و کودک بتواند آنها را اجرا کند؛ ۶) محدودیتهای تعیین‌شده برای کودک به حداقل ممکن کاهش یابد؛ ۷) به گفتار و احساسات کودک ضمن بازی توجه شود؛ ۸) زمان بازی، با سنِ کودک متناسب باشد؛ ۹) به کودک اجازهٔ برون‌ریزی هیجانات و عواطف داده شود و از بروز خشم و ترس کودک ممانعت به عمل نیاید؛ ۱۰) مشاور به اعمال و گفتار کودک

جهت ندهد و فقط در صورت تقاضای کمک از طرف کودک، به او یاری رساند؛
۱۱) مشاور به هیچ‌وجه در درمان کودک شتاب نکند؛ زیرا درمان بتدریج انجام می‌شود.

در بازی‌درمانی، اتاقی نسبتاً بزرگ با دیوارهای صاف و قابل‌شستشو، سقف اکوستیک، رنگ ملایم و روشن، کف‌پوش قابل شستشو و کمدی برای قراردادن اسباب‌بازیها مورد نیاز است. دستشویی باید نزدیک و در دسترس کودکان باشد. وسایل بازی نظیر مداد، آبرنگ، کاغذ و سه پایهٔ نقاشی، عروسک، جعبه‌های شن و ماسه، تخته وگچ، آدمکهای چوبی و پلاستیکی، قطعات چوب برای خانه‌سازی، چکش و انواع اسباب‌بازیها باید در اتاق بازی موجود باشد.

مشاور با یکی از شیوه‌های مستقیم، غیرمستقیم و انتخابی، جلسهٔ بازی‌درمانی را اداره می‌کند. در روش غیرمستقیم، هدایت فعالیتهای جلسه در حد بالایی به کودک واگذار می‌شود. در روش مستقیم، مشاور، هدایت فعالیتهای جلسه را بر عهده می‌گیرد. مشاور در روش انتخابی، کودک را با دقت زیر نظر دارد و بنا به اقتضا، از روش مناسب ـ که ممکن است تلفیقی از روشهای متعدد باشد ـ استفاده می‌کند. بازی درمانی ممکن است به صورت فردی یاگروهی انجام شود.

خلاصه

در این فصل فنون و نظریه‌ها و روشهای تغییردادن رفتار کودکان بررسی شد و گفتیم مشاور درکاربرد فنون باید رابطهٔ حسنه باکودک برقرار سازد؛ به طوری که کودک از حضور در جلسهٔ مشاوره، احساس امنیت و آرامش کند. برای این منظور باید کودک را بدون قیدوشرط بپذیرد و با محبت و صمیمیت با او رفتار کند. مشاور کودک در جلسهٔ مشاوره از فنون مختلف از جمله گوش‌دادن فعال، انعکاس گفتار و احساسات، سازمان دادن، رهبری‌جلسه، تشویق، مواجهه با سکوت و برخورد صحیح با مقاومت استفاده می‌کند.

نظریه‌های مشاورهٔ کودک همچون نقشه‌ای مشاور را در رسیدن به اهدافش یاری

می‌دهد و شیوهٔ عمل او را مشخص می‌سازد. در این فصل نظریه‌های مراجع ـ محوری، روانشناسی فردی، عقلانی ـ عاطفی، واقعیت درمانی و رفتار درمانی بررسی شد و گفتیم که مشاور کودک با بهره‌گیری از یافته‌های روانشناسی، برای تغییردادن رفتارهای نامناسب کودکان اقدام می‌کند. برخی روشهای تغییر رفتار کودکان و بازی درمانی نیز مطرح شد.

فصل ششم

شناخت و درمان مشکلات کودکان

کودکان مشکلات و مسائل متعددی دارند. مشاوران باید با تعاریف، علائم و نشانه‌ها، علل و شیوه‌های پیشگیری و درمان این مشکلات آشنا باشند تا بتوانند بموقع به طریق مناسب و صحیح عمل کنند. در این فصل پس از تعریف و شناخت مشکل، برخی مشکلات رایج بین کودکان از جمله ترس، ناخن‌جویدن، شب‌ادراری، اوتیسم، حسادت، پرخاشگری، تیک، گوشه‌گیری، دروغگویی، افسردگی، دزدی و لکنت زبان بررسی می‌شود.

مشکل چیست؟

مشکل در زمینه‌های گوناگون، تعاریف متعددی دارد. مشکل از نظر لغوی به معنی مسأله، امر مبهم و مغشوش و آن چیزی است که براحتی درک نمی‌شود و حل آن به تفکر و اندیشه نیاز دارد. مشکل زمانی به وجود می‌آید که پدیده‌ای پیوند و ارتباط فرد را با خود و دنیای پیرامون بر هم زند. مشکل، موقعیتی نگران‌کننده و اضطراب‌آور ایجاد می‌کند و ارضای نیازهای اساسی و عملکرد زیستی ـ روانی فرد را به مخاطره می‌افکند و کارآمدی او را کاهش می‌دهد.

دربارهٔ مشکل، توجه به مواردی ضرورت دارد:

نخست، ارائهٔ تعریفی همگان‌پسند ممکن نیست؛ زیرا نوع و شدت و ضعف هر مشکل، براساس قوانین و ارزشهای حاکم بر آن جامعه تعیین می‌شود و در فرهنگهای مختلف متفاوت است؛

دوم، مشکل از دیدگاه متخصصان علوم مختلف، تعاریف و کاربردهای متفاوتی دارد. مشکل از نظر روانشناس، برهم خوردن حالت تعادل روانی و رفتاری است، از دید جامعه‌شناس، عمل‌کردن برخلاف قوانین و موازین مقبول اجتماعی است و به اعتقاد علمای اخلاق، بی‌توجهی و بی‌حرمتی و تخطی از ارزشها و اعتقادات وضوابط اخلاقی است؛

سوم، علل و عوامل متعددی در ایجاد مشکل دخالت دارند که بدون شناسایی دقیق آنها، ارائهٔ درمان ممکن نیست؛ چون علل به‌وجودآورندهٔ مشکلات متفاوت است، حتی برای حل مشکلات به ظاهر یکسان نمی‌توان از یک روش درمانی به طور قالبی استفاده کرد؛

چهارم، مشکل، به سن فرد بستگی دارد؛ بدین معنی که رفتاری در یک سن خاص به عنوان مشکل مطرح می‌شود، در حالی که همان رفتار در سن دیگر به هیچ وجه مشکل تلقی نمی‌شود؛ از این رو، مشاور باید با خصوصیات و ویژگیهای کودک در هر دوره از زندگی بخوبی آشنا باشد.

برای کارکردن بهتر و مؤثرتر باکودکان باید مشکلات آنان طبقه‌بندی شود. برای طبقه‌بندی مشکلات کودکان، از ملاکهای مختلفی از جمله سن و نوع مشکل استفاده می‌شود. طبقه‌بندی مشکلات، تاریخچه‌ای طولانی دارد. بقراط مشکلات را براساس مزاج به انواع دموی دورهٔ نشاط، صفراوی زمان بیقراری و تندخویی، سوداوی دورهٔ اندیشه و عقل و بلغمی زمان ناتوانی و بیحالی تقسیم کرده و هر دوره را با سن و ویژگیهای خاصی مشخص ساخته است. کرچمر دربارهٔ رابطهٔ بین ساختمان جسمانی با خصوصیات شخصیتی و روانی، تیپهای پیک‌نیک (چاق و شاد و کم‌تحرک)، آتلتیک (عضلانی و پرتحرک و حادثه‌جو) و آستنیک (لاغر و حساس و متفکر) را مطرح کرده است. همچنین شلدون تیپهای آندومورف، مزومورف و اکتومورف را با خصوصیات شخصیتی و روانی معینی ارائه داده است.

کودکان با توجه به سن در هر یک از دوره‌های کودکی، مشکلات معیّنی را بیشتر بروز می‌دهند. در سه سال اول زندگی، مشکلات آنان از نوع واکنشهای روان ـ تنی است.

در سنین چهار تا شش سالگی بیشتر اختلالات زودگذر نظیر ترس، ناخن‌جویدن، انگشت مکیدن، پرخاشگری، شب ادراری، تخریب و لجبازی در آنان مشاهده می‌شود. در سنین هفت تا یازده‌سالگی اختلالاتی نظیر دزدی، لکنت زبان، دروغگویی، خودداری از مدرسه رفتن، تمارض و تیک بیشتر رواج دارد. یادآوری می‌کنیم که در کودکان معمولاً ترکیبی از انواع مختلف مشکلات مشاهده می‌شود (۳۲:۲۳-۳۴).

در ایجاد مشکلات، علل و عوامل متعددی دخالت دارد که در حالت کلی به دو دستهٔ عوامل فیزیولوژیکی و غیرفیزیولوژیکی تقسیم می‌شود. عوامل فیزیولوژیکی، مسائل زیستی ـ ارثی، نقایص و ناهنجاریهای جسمی و اختلال در عملکرد و ترشح غدد را شامل می‌شود. عوامل اجتماعی نظیر خانواده و مدرسه و جامعه، عوامل اقتصادی و عوامل فرهنگی نیز از جمله موارد غیر فیزیولوژیکی هستند که مشکل را به وجود می‌آورند. مشکل ممکن است معلول یک علت یا مجموعه‌ای از علل مذکور باشد.

برای درمان مشکلات به طور مؤثر و موفقیت‌آمیز، باید اصولی رعایت شود: ۱) هر مشکل با توجه به شناخت دقیق علتها درمان‌پذیر است و تا علل مشکل مشخص نشود ارائهٔ درمان صحیح ممکن نخواهد بود؛ ۲) درمان باید گسترده و همه جانبه باشد و تنها به رفع علائم ظاهری اختلال اکتفا نشود؛ ۳) درمان باید توسط متخصص انجام گیرد و از همکاری افراد صلاحیت‌دار و نزدیکان کودک استفاده شود؛ ۴) درمان باید پیگیری شود.

درمان مشکل به طور کلی با شیوه‌های مشاوره و روان‌درمانی و روشهای پزشکی انجام می‌شود. در مواردی استفاده از هر دو روش برای درمان مشکل ضروری است. همواره باید به خاطر داشته باشیم که پیشگیری بر درمان تقدم دارد و بیشتر باید در زمینهٔ پیشگیری تلاش کنیم.

۱. ترس

ترس عاطفه‌ای است که کم و بیش بین همهٔ مردم در همهٔ سنین وجود دارد. حد معیّنی از ترس برای بقا و ادامهٔ حیات و دور نگه‌داشتن انسان از حوادث و خطرها ضروری است.

در صورتی که ترس از حد معیّنی بیشتر شود، فرد را از انجام دادن امور روزمره باز می‌دارد و باید به درمان آن اقدام شود. ترسهای نابجا بر خیال و وهم استوار است و زیان فراوانی دارد. ترسهای طبیعی، پایه و اساس عقلانی دارند و در صورت نبود آنها، انسان در معرض خطر قرار می‌گیرد.

ترس، واکنش هیجانی است که هنگام احساس خطر در کودک به وجود می‌آید و او را به عقب‌نشینی و فرار از موقعیت ترس‌آور وا می‌دارد. کودکی که بشدت ترسیده است، از ارضای نیازهایش باز می‌ماند، تعادل روانی‌اش به هم می‌خورد و نمی‌تواند از فرصتها و تواناییهایش به طور مناسب استفاده کند. نوع ترس و میزان آن به سن بستگی دارد. حدود بیست تا پنجاه درصد کودکان دو تا شش ساله از تاریکی می‌ترسند.

علائم و نشانه‌ها

علائم ترس در کودکان متفاوت است و به صور مختلف از جمله فرار، چنگ‌زدن، کمک خواستن، جیغ زدن، خشک شدن دهان، لرزش اندام، پریدن رنگ، تنگی نفس، گرفتن صدا، افزایش ضربان قلب، عرق‌کردن، احساس خستگی شدید، از دست دادن کنترل ادرار، تضعیف قدرت اندیشه و تصمیم‌گیری، لکنت زبان، نگاههای غیرطبیعی، گوشه‌گیری وانزواطلبی، اختلال خواب، اختلال گوارش، ناخن‌جویدن، شب ادراری و خشم و عصبانیت مشاهده می‌شود (۴۹:۱۳۲ ؛ ۲٦:۱۰۲).

علل

کودکان در مورد ترس تفاوتهای چشمگیری دارند. ممکن است یک محرک خاص، کودکی را بشدت بترساند؛ در حالی که همان محرک در کودک دیگر به هیچ وجه ترسی ایجاد نکند. ترس، اکتسابی است و در محیط آموخته می‌شود. ترس کودکان در سنین مختلف متفاوت است و علل متعددی دارد که عبارت است از: حضور افراد ناآشنا و بیگانه، صداهای ناگهانی و غیرمنتظره، مشاهدهٔ حیوانات، رعد و برق، طوفان، تاریکی، احتمال ابتلا به بیماری، احتمال مورد بی‌توجهی و بی‌مهری معلم و دوستان قرارگرفتن،

احساس خطر، داشتن والدین ترسو، داشتن سرگذشت غم‌انگیز، تنبیه‌های شدید در خانواده، رفتارهای خشونت‌آمیز معلمان در مدرسه، نزاعهای شدید خانوادگی، خوابهای وحشتناک، تأثیر سوء برنامه‌های رادیو و تلویزیون و سینما، مشاهدهٔ صحنه‌هایی نظیر کشتن حیوانات در معابر عمومی، سخت‌گیریهای بی‌مورد والدین، احساس عدم امنیت در خانه و احتمال آزار و اذیت (۱۳:۷۱ـ۷۲؛ ۵۲:۷۰).

درمان

پیشگیری از ترس به مراتب آسانتر و عملی‌تر از درمان آن است؛ بنابراین باید تا حد ممکن با حذف علل از بروز ترس جلوگیری شود. همچنین برای درمان ترس باید علل آن شناخته شود و درمان، با توجه به علل انجام گیرد. برای درمان ترس کودکان باید به والدین و اطرافیان کودک کمک شود، از طریق استدلال و عمل به کودک نشان داده شود که ترس او بی‌مورد و بیجاست، به کودک جرأت و مهارت مبارزه با ترس آموخته شود و تا حد ممکن با موقعیتهای ترس‌آور عملاً آشنا شود، از ترساندن کودکان از چیزهایی نظیر تاریکی و دیو و لولو به طور جدی خودداری شود، باکودکان با نهایت محبت و مهربانی رفتار کرده، برای افزایش اعتماد به نفس آنان اقدام شود، از قدرت و نیروی محرک ترس‌آور کاسته شود و آن محرک با یک محرک نشاط‌آور توأم گردد، از مشاهدهٔ فیلمهای وحشتناک و ترسناک و گوش دادن به داستانهای ترس‌آور منع شود.

۲. ناخن‌جویدن

ناخن‌جویدن که یکی از اختلالات عادتی نوروتیک است ، معمولاً از یکسالگی آغاز می‌شود و در بین کودکان ونوجوانان شایع است. این اختلال در دختران کمتر از پسران است. ناخن‌جویدن در همهٔ گروههای سنی واجتماعی وجود دارد وبا افزایش سن، معمولاً از میزان وشدت آن کاسته می‌شود. این عمل ناپسند که با جویدن ناخنها مشخص می‌گردد، هنگام ناراحتی ونگرانی تشدید می‌شود. ناخن‌جویدن معمولاً با دیگر مشکلات نظیر شب ادراری و پرخوری همراه است. ناخن جویدن با انگشت مکیدن فرق

دارد. ناخن جویدن وسیله‌ای برای کاهش فشار درونی است و در بزرگسالی هم وجود دارد و با اضطراب و تنش همراه است؛ در حالی که مکیدن انگشت تقریباً یک عادت دورهٔ کودکی است و با لذّت و آرامش توأم است.

علائم و نشانه‌ها

ناخن‌جویدن علائم و نشانه‌های متعددی دارد. بروز علائم در پسران بیشتر از دختران است و با افزایش سن، از میزان و شدت آنها کاسته می‌شود. برخی علائم عبارت است از: شکست در امور تحصیلی، بی‌حوصلگی، احساس ناآرامی و ناامنی، انقباض غیر ارادی آرواره‌ها، تیک، بیقراری حرکتی، اختلال خواب، نگرانی، ترس، شک و تردید نسبت به شایستگیها و عملکردهای خویش، اضطراب، انجام دادن کارهای قالبی و کلیشه‌ای، عصبانیت و هیجان‌پذیری بسیار، دلواپسی، تحرک زیاد، شب‌ادراری، بیقراری، دندان‌قروچه، خشم، حساسیت زیاد نسبت به انتقاد، خودبینی، خودمداری، زودرنجی، تمارض، قدرت‌طلبی، یأس و بدبینی، بی‌اشتهایی، اختلال در ناخنها، پنهان‌کردن ناخنها از دیگران، گاهی خون‌آمدن از ناخنها و خرابی دندانهای جلو (۱۱:۹۴).

علل

علل ناخن‌جویدن در افراد مختلف، متفاوت است. برخی از علل عبارت است از: احساس ناخشنودی و نگرانی، اختلافات و کشمکشهای خانوادگی، فشارها و نگرانیهای درونی، عادت، احساس ناامنی و محرومیت، تربیت نادرست، اختلالات شخصیتی، خودآزاری، تثبیت در مرحلهٔ دهانی، یادگیری و تقلید از اطرافیان، رابطهٔ نامطلوب کودک و مادر، کمبود محبت، ضعف جسمانی و کمبود ویتامین، توقع بیش از حد والدین از کودک، مشاهدهٔ فیلمها و صحنه‌های وحشتناک و نکوهش کودک و انتقاد مستمر از او (۲۱:۷۲).

درمان

برای درمان عادات ناپسند و اختلالات کودکان، باید ابتدا انگیزه‌ها و علل آنها مشخص

گردد، سپس درمان شروع شود. مهم آنکه هیچگاه نباید برای درمان ناخن‌جویدن، از زور و کتک و فشار استفاده شود. پیشگیری از اختلالات و عادات ناپسند باید مقدم بر درمان باشد؛ یعنی والدین باید از همان آغاز، مراقب و مواظب رفتارها و حرکات کودکان خود باشند و هر عمل نامناسب را خیلی زود و به طور مناسب برطرف سازند.

درمان ناخن‌جویدن با توجه به شناخت علل آن امکانپذیر است. روشهایی نظیر تلخ‌کردن و بستن ناخن، یا تهدید و تمسخر کودک که احتمال دارد به طور موقت به رفع علائم بینجامد، در درمان ناخن‌جویدن ارزش چندانی ندارد. همچنین اصرار و فشار به کودک برای آنکه ناخنش را نجود، اثر منفی دارد و باعث تشدید و تثبیت این عمل می‌شود. برخی از شیوه‌های درمان عبارت است از: ستایش و تشویق رفتارهای مناسب کودک، افزایش اعتماد به نفس کودک، برقراری رابطهٔ دوستانه، تحت فشار قرارندادن کودک، افزودن بر آگاهی فرد در زمینهٔ مضرات ناخن‌جویدن، مشغول نگه‌داشتن کودک به نوشتن و نقاشی و بازی کردن، تغییر وضعیت محیطی، صحبت از وقایع خوشایند و شادی‌آفرین در حضور کودک و رفع ناراحتیها و نگرانیهای کودک.

۳. شب ادراری

شب‌ادراری تعریف واحد و یگانه‌ای ندارد. شب‌ادراری عبارت است از تخلیهٔ مکرر و بی‌اختیار ادرار بعد از سه سالگی که هنگام شب یا روز، یا در هر دو موقع اتفاق می‌افتد. شب‌ادراری در بیشتر موارد، شب به وقوع می‌پیوندد و معمولاً با خوابهایی که کودک خود را در وضعیت دفع ادرار می‌بیند همراه است. شب‌ادراری گرچه ممکن است در مواردی تا سن چهارده سالگی یا بیشتر نیز ادامه یابد، معمولاً تا ده سالگی برطرف می‌شود. کودکی شب‌ادرار است که در سن پنج یا شش سالگی حداقل دو نوبت در ماه به طور غیرارادی رختخوابش را خیس کند. گاهی نیز کودک شب‌ادرار ممکن است هر شب و حتی چندین بار در شب به طور غیر ارادی جایش را خیس کند.

شب‌ادراری به دو نوع مزمن یا اولیه و رجعتی یا ثانویه مشاهده می‌شود. در شب‌ادراری مزمن، کنترل روزانه و شبانهٔ ادرار در کودکی و نوجوانی وجود ندارد و

کودک و نوجوان به شب‌ادراری مبتلا هستند. شب‌ادراری رجعتی، نشانه‌ای از یک ناراحتی و فشار روانی است و مدتها پس از کسب توانایی کنترل ادرار به وجود می‌آید و معمولاً زودگذر است.

علائم و نشانه‌ها

شب‌ادراری بندرت به تنهایی وجود دارد و در بیشتر موارد با علائم دیگری همراه است. علائم زیر کم و بیش در کسانی که به شب‌ادراری گرفتار هستند مشاهده می‌شود: مکیدن شست، بدخلقی، خشم، دروغگویی، ساعتها بیدار ماندن در رختخواب و ترس از به خواب رفتن، گوشه گیری و همبازی نشدن با دوستان، احساس ضعف و ناراحتی، صحبت کردن در خواب، لکنت زبان، احساس حقارت و ناامنی، صبحها در رختخواب ماندن و خود را به خواب‌زدن، اعتماد به نفس ضعیف، تحمل نکردن سخنان اطرافیان، خروج قطره قطرهٔ ادرار در روز و افت تحصیلی. تمام علائم ذکر شده ممکن است در همهٔ کسانی که به شب‌ادراری گرفتارند مشاهده نشود ،ولی علائم مذکور در افرادی که شب‌ادراری دارند کم و بیش بخوبی مشهود است؛ ازاین رو، شب‌ادراری به بروز مسائل و مشکلات ثانویه می‌انجامد و با علائم و نشانه‌های متعدد همراه است (۵۱:۲۵۴-۲۶۶).

علل

شب‌ادراری بر اثر یک دسته عوامل مرتبط و به هم پیوستهٔ عضوی، روانی و فیزیکی حاصل می‌شود. شناسایی هر کدام از این علل، درمانگر و فرد شب‌ادرار را در درمان شب‌ادراری یاری می‌دهد.

۱. دربارهٔ علل عضوی که موجب شب‌ادراری می‌شوند می‌توان عدم تکامل دستگاه عصبی، ضربه‌های وارده بر ستون فقرات و فشار به نخاع، ضایعات و عفونت مجاری ادرار، آسیب مرکز نگهداری ادرار در مغز، بیماری صرع، بیماری دیابت، نارسایی مادرزادی دستگاه ادرار، عقب‌ماندگی ذهنی، بیماریهای کلیه، کوچک‌بودن

اندازهٔ مثانه و اختلال آن، تحریک موضعی آلت تناسلی، کمبود کلسیم خون و التهاب سرآلت یا مهبل را نام برد.

۲. در زمینهٔ علل روانی ایجادکنندهٔ شب‌ادراری می‌توان به مواردی اشاره کرد نظیر استرس، تضاد و کشمکش خانوادگی، بد رفتاری والدین با کودک، طلاق یا مرگ والدین، محرومیت از محبت مادری، احساس ناامنی و ناآرامی، فقدان ارتباط صمیمی بین کودک و والدین، رفتن کودک به مدرسه و جداشدن از مادر، خستگی کودک، مرگ فرد مهم و دوست داشتنی در زندگی کودک، جلب توجه اطرافیان، تولد کودکی در خانواده، حالتهای هیجانی شدید مثل ترس، شکستهای پی‌درپی در کارهای منزل و مدرسه، تغییر محل سکونت، احساس طرد، سخت‌گیریهای بی‌مورد والدین، لجبازی کودک با اطرافیان و ابراز نگرانی و تشویش، احساس خصومت نسبت به والدین و انتقام‌گیری از آنان و آموزش نادرست توالت کردن به کودک. این موارد در پیدایش شب‌ادراری کودکان مهمترین نقش را ایفا می‌کنند.

۳. عوامل فیزیکی نیز در پیدایش شب‌ادراری مؤثر است. از جمله این عوامل می‌توان به دوربودن توالت از محل خواب، تنبلی در رفتن به توالت، سرگرمی و علاقهٔ فراوان کودک به بازی، تاریکی و بدبویی و سرمای شدید توالت اشاره کرد.

این تذکر لازم است که گاهی وراثت از جمله عوامل ایجادکننده شب‌ادراری محسوب شده است. پیروان این دیدگاه معتقدند که والدین کودکان شب‌ادرار، در دوران کودکی کم و بیش به شب‌ادراری مبتلا بوده‌اند. براساس اطلاعات موجود، نمی‌توان وراثت را عامل قاطع و مهمی در بروز شب‌ادراری به حساب آورد.

درمان

شناخت علت و نوع شب‌ادراری برای ارائهٔ روشهای درمانی مناسب ضرورت دارد. ابتدا باید اطلاعات جامع و دقیق دربارهٔ سوابق خانوادگی و شخصی شامل وضع خانواده، تعداد افراد خانواده، موقعیت اجتماعی ـ اقتصادی، وضع تحصیلی، نحوهٔ برخورد والدین با کودک، دوستان کودک، وضع بیماریها، طرز رفتار والدین با

یکدیگر، تحصیلات و وضع اشتغال والدین جمع آوری شود.

سن فرد در درمان شب‌ادراری اهمیت بسیار دارد. درمان هر چه زودتر و در سنین پایین‌تر انجام شود، نتیجهٔ بهتری به بار خواهد آمد. در مورد کودکان، در بیشتر اوقات کارکردن با والدین اولویت دارد. انجام دادن آزمایشات طبی برای تشخیص بیماریهای مجاری ادراری و مثانه و کلیه‌ها، کسب اطلاعات دربارهٔ انواع درمانهای قبلی، نوع و تاریخچه و فراوانی شب‌ادراری و تعیین ظرفیت مثانه ضرورت دارد.

در درمان شب‌ادراری باید همکاری فرد بخوبی جلب شود؛ زیرا تا زمانی که خود فرد متقاعد و علاقه‌مند به درمان نشود و همکاری نکند، روشهای درمانی در رفع شب‌ادراری مؤثر نخواهد بود. فرد باید نسبت به نتایج درمان امیدوار شود و مطمئن گردد که مشکلش قابل درمان است. شیوهٔ برخورد اطرافیان با کودک شب‌ادرار در درمان نقش بسزایی دارد. اطرافیان به هیچ وجه نباید به سرزنش و تنبیه کودک شب‌ادرار بپردازند و نباید شب‌ادراری او را علنی سازند و بدین وسیله بر شرمساری او بیفزایند (۸۹:۱۱).

روشهای‌گوناگونی برای‌درمان شب‌ادراری ارائه شده‌است که برخی‌از آنها عبارت است از: استفاده‌از بازتابهای‌شرطی، بیدارکردن شب‌ادرار، تجویزدارو و آموزش افزایش حجم مثانه. با استفاده از روش بازتابهای شرطی، شب‌ادراری با موفقیت درمان می‌شود. دراین مورد دستگاهی بر روی تشک شب‌ادرار وصل می‌شود که دو صفحهٔ نازک فلزی، حاوی جریان الکتریسیتهٔ خفیف دارد و نوعی پارچهٔ جذب کنندهٔ رطوبت بین آنها قرار دارد. اگر کودک رختخوابش را خیس کند، پارچه جذب کنندهٔ رطوبت خیس می‌شود و جریان الکتریسیته بین دو قطب برقرار می‌گردد. بر اثر برقراری جریان برق، زنگی که در کنار تخت و بالای سر کودک قرار دارد به صدا در می‌آید و او را بیدار می‌کند. کودک پس از بیدار شدن، بقیهٔ ادرارش را در توالت تخلیه می‌کند و پس از تعویض رختخواب خیس، مجدداً می‌خوابد. اگر این عمل به مدت دو تا سه ماه به طور متوالی انجام شود در رفع شب‌ادراری، روش مؤثر و مفیدی است. در صورتی که کودک به مدت دو هفتهٔ متوالی رختخوابش را خیس نکند، به استفاده از زنگ نیازی نیست؛ البته این روش باید با روان‌درمانی کودک‌شب‌ادرار همزمان شود تا شب‌ادراری او به طور ریشه‌ای از بین برود.

بیدار کردن کودک شب‌ادرار در ساعت معین و فرستادن او به توالت برای تخلیهٔ ادرار، روش دیگری است که در درمان شب‌ادراری مؤثر است. با ادامهٔ این روش، کودک پس از حدود یک تا دو ماه، عادت می‌کند که در همان ساعت بیدار شود و به توالت برود. این روش در مورد کودکان بالاتر از هشت سال نتایج موفقیت‌آمیزی به بار می‌آورد. توصیه می‌شود به همراه استفاده از این روش، از کودکان خواسته شود قبل از خوابیدن از آشامیدن مایعات و خوردن غذا و میوه‌های مدر خودداری کنند.

روش دیگر برای درمان شب‌ادراری، آموزش به منظور افزایش حجم مثانه است. در این روش از کودک شب‌ادرار خواسته می‌شود مقدار معیّنی آب بنوشد و به تمرین نگهداری ادرارش بپردازد. کودک باید بکوشد تا هر روز یک بار کمتر از روز قبل به توالت برود و بتدریج بتواند ادرارش را بیشتر از گذشته کنترل کند. برای افزایش حجم مثانه باید هر روز بتدریج بیشتر از دفعهٔ قبل مایعات بنوشد و بکوشد ادرارش را بیشتر کنترل کند. در این روش، میزان ادرار روزانهٔ فرد در هر بار بادقت، اندازه‌گیری و نتایج آن ثبت می‌شود تا پیشرفت کار مشخص گردد. با ادامهٔ کار به مدت تقریبی شش ماه، نتایج رضایت‌بخشی از درمان حاصل می‌شود.

استفاده از درمانهای دارویی، یعنی تجویز داروهای آرامبخش و تقویت‌کنندهٔ سیستم عصبی و عضلات مثانه و داروهایی که عمق خواب را کاهش می‌دهند، از دیگر روشهای مؤثر درمان شب‌ادراری است که پزشک متخصص تجویز می‌کند. در استفاده از این روش، بهتر است به کودک شب‌ادرار توصیه شود قبل از خواب مایعات و غذاهای آبکی کمتر مصرف کند، قبل از رفتن به رختخواب به توالت برود و با روحیه‌ای شاد و آسوده بخوابد. در این حالت نیز روان درمانی همراه با دارو درمانی، نتیجهٔ مناسبتری در درمان شب‌ادراری به بار می‌آورد.

۴.۱ اوتیسم

کانر در سال ۱۹۴۳ برای نخستین بار اختلال اوتیسم را مطرح ساخت. معنی لغوی اوتیسم در خود فرو رفتن و بی‌توجهی به جهان خارج است. شیوع اوتیسم، چهار در

ده‌هزار نفر است و در بین پسر بچه‌ها به میزان سه تا پنج برابر بیشتر از دختران وجود دارد. اوتیسم عبارت است از درون‌گرایی و ناتوانی کودک در ایجاد ارتباط با محیط و اطرافیان که با علائمی نظیر تنهایی فوق‌العاده و حرکات ریتمیک متنوع و بی‌هدف مشخص می‌شود. کودکان اوتیستیک به علت تعدد و تنوع علائم ظاهری و رفتاری و مشکلات حسّی، گاهی با کودکان کر و لال و عقب‌ماندهٔ ذهنی اشتباه می‌شوند (۱۴۸:۱ ؛ ۳۶۷:۱۱).

علائم و نشانه‌ها

در مورد علائم خاص تشخیص کودکان اوتیستیک، بین روانشناسان توافق نظر وجود ندارد. کودکان اوتیستیک علائم بسیاری قبل از دوونیم‌سالگی بروز می‌دهند که عبارت است از: مقاومت در برابر تغییرات محیط و اصرار به حفظ یکنواختی آن، منفی‌گرایی، داشتن حالات رؤیایی، تکرار بی‌معنی کلمات، اشکال در برقراری ارتباط با اطرافیان، سرازیرشدن بزاق از دهان، خود را گاز گرفتن یا کتک زدن، کم‌توقعی از والدین، علاقهٔ بسیار به اشیای بیجان و نه اشخاص، شکستن اشیا و رفتارهای تهاجمی، لجاجت، دور خود چرخیدن، اشکال در بازیهای تخیلی، حرکات اضطراری و وسواسی و تکراری، تنهایی فوق‌العاده، عدم تماس چشمی با مردم، بی‌توجهی به قراردادها و قوانین اجتماعی، تأخیر در یادگیری تکلم، بی‌ربط صحبت کردن، معکوس سازی ضمایر و برگرداندن آنها به خودش، حرکات بدنی ریتمیک، رفتارهای همراه با شکلکهای چهره‌ای، وجود قوهٔ حافظهٔ فوری قوی، اختلالات حسی، نداشتن اختلال جسمانی، ترس شدید از صداهای مشخص و حرکت اشیا نظیر جاروبرقی و آسانسور، پاسخهای نامناسب به محرکهای سمعی و بصری و ناتوانی در کاربرد مفاهیم انتزاعی و اشکال در تشکیل مفاهیم ذهنی.

علل

دربارهٔ علل پیدایش اوتیسم نظریه‌ها و دیدگاههای متعدد وجود دارد. به طور کلی وجود

اختلالات عضوی در مغز، عوامل نابسامان خانوادگی و آموزش و پرورش نامناسب در ایجاد آن مؤثر است. برخی از علل اوتیسم عبارت است از: نارسایی دستگاه عصبی مرکزی، ناهنجاریهای بیوشیمیایی، رشد کم یا آسیب نیمکرهٔ چپ مغز، طرد کودک توسط والدین، اختلالات شخصیتی والدین، از هم گسستگی و کشمکشهای شدید خانوادگی، فشارهای روانی خانواده، ناهماهنگی بین دستگاه فعال‌کنندهٔ ریتکولار و دستگاه لمبیک، اشکال در سوخت و ساز یکی از آمینهای بدنزاد و وجود والدین بی‌توجه و سرد و غافل از تربیت صحیح کودک (۴۹:۱۷۶ ؛ ۶:۸۵).

درمان

هدف از درمان کودک اوتیستیک، کاهش علائم رفتاری و کمک به رشد تکلم کودک است. درمان هر چه زودتر شروع شود، نتایج بهتری به بار می‌آورد. درمان کودکان اوتیستیک به سه صورت جسمانی، تربیتی و روان درمانی انجام می‌شود. در درمان جسمانی، بیشتر از داروهای شیمیایی و انواع ویتامینها و خوراک مقوّی و نیز طرق مکانیکی استفاده می‌شود. در درمان تربیتی، مشاور با کودک رابطهٔ حسنه و پذیرا برقرار می‌کند و ضمن آشناساختن کودک با محرکهای محیطی، از اضطرابش می‌کاهد و اعتماد به نفس او را افزایش می‌دهد. با استفاده از روشهای مختلف روان‌درمانی نیز، می‌توان شخصیت از هم پاشیدهٔ کودک را تقویت و اصلاح کرد. رفتار درمانی، بویژه روشهای شرطی کردن عامل، در درمان اوتیسم به طور مؤثری به کار گرفته شده است. رفتارهای تکراری و ریتمیک را با نپذیرفتن یا زدن روی دست کودک می‌توان از بین برد. تماس با والدین و ارائهٔ رهنمودهای مناسب نقش بسیار ارزنده‌ای در درمان کودک اوتیستیک دارد. زمانی از درمان بیشترین نتیجه حاصل می‌شود که از همهٔ روشهای ضروری به طور همزمان استفاده شود.

بیشتر کودکان اوتیستیک از یک راه حسی می‌توانند چیزی را یاد بگیرند. در صورت تقویت حواس، از طریق چند حس نیز می‌توانند مطالبی را بیاموزند؛ ولی در شروع درمان نباید انواع رفتارهای مختلف با یکدیگر به کودک آموخته شوند. برای

ایجاد هماهنگی بین چشم و دست کودک، ورزشهایی نظیر پرش، بالانس و کوهنوردی مفید است. متأسفانه درمان کودکان اوتیستیک، زیاد موفقیّت آمیز نیست و گاهی بیماری تا پایان عمر ادامه می‌یابد.

۵. حسادت

حسادت که به معنی رشک‌بردن، بدخواهی و نابودی نعمت و مقام کسی را خواستن است، صفت مذموم وناپسندی به شمار می‌رود. حسادت که در بین همهٔ اقشار و طبقات اجتماعی و در همهٔ سنین وجود دارد، یکی از رفتارهای شایع کودکان ونوجوانان است. نوع و میزان و شدت حسادت، به زمان و مکان و سن و جنس کودک بستگی دارد.

دربارهٔ حسادت تعاریف متعددی ارائه شده است که به چند مورد اشاره می‌شود: ۱) واکنش کودک نسبت به از دست دادن محبت واقعی یا ذهنی والدین و نزدیکان که به صورت رفتارهای مزاحم بروز می‌کند؛ ۲) نوعی خشم یا ترس که از احساس حقارت و محرومیت و اضطراب حاصل می‌شود؛ ۳) احساس ناشی از تضادها و کشمکشهای ناشناخته و مبهمی که در درون کودک می‌گذرد.

حسادت که با رقابت و چشم و همچشمی توأم است، به ناسازگاری کودک با محیط می‌انجامد و آثار مخرب فراوانی از جمله اندوه ونگرانی به بار می‌آورد. حسادت درکودکان تقریباً از نوزده‌ماهگی آغاز می‌شود ودر کودکان سه‌ساله خیلی شدید است. حسادت دردختران بیشتر ازپسران و درکودکان اول خانواده بیشتر شایع است (۷۲:۳۳).

علائم ونشانه‌ها

هرکودک با توجه به سن و جنس و موقعیت، برای ابراز حسادت از روش خاصی استفاده می‌کند. معمولاً برخی‌از علائم ونشانه‌هایی که درکودکان حسود مشاهده می‌شود عبارت است از: پرخاشگری، لگد زدن، گازگرفتن، ناخن‌جویدن، شب‌ادراری، انگشت مکیدن، کتک زدن رقیب، آزار رساندن، بدخلقی، مخالفت کردن، شکایت کردن، نادیده گرفتن حقوق دیگران، خرابکاری، فحاشی، دروغگویی، تقلب، هجوم، گوشه گیری، شکستن

اشیا، قهرکردن، رقابتهای افراطی، انتقامجویی، عصبانیت، تنفر، احساس خود کم‌بینی، اضطراب و خودخوری، تأثر و اندوه، لجاجت، حمله به محسود، امتناع از خوردن غذا، تمارض، راه‌رفتن در خواب، احساس نگرانی مداوم و مستمر، بهانه‌جویی، احساس ناامنی، شکست، خودخواهی، لکنت زبان، عدم پایبندی به مبانی اخلاقی، کاهش وزن و احساس خستگی مفرط، بدبینی به اطرافیان، چاپلوسی، سخن‌چینی، کم‌حوصلگی، توسل بــه رفتــارهای ضــداجتمــاعی بــرای جــلب تــوجه دیگــران، نــاامــیدی و افســردگی (۱۱:۹۲؛ ۱۶: ۲۴ـ۲۷).

علل

حسادت علل متعدد و گوناگون دارد. علل حسادت عبارت است از: احساس خطر و ترس از اینکه مبادا موقعیت فرد از او گرفته شود و دیگران از او جلوتر بیفتند، مقام‌پرستی، تنگ‌نظری، میل شدید به برتری‌طلبی و قدرت، حمایت بی‌مورد و توجه افراطی، طلاق و ازدواج مجدد والدیـن، احســاس نــامـنی، حـق‌کشی و تـبعیض، تـرس ازشکست و مردودشدن، تولّد نوزاد در خانواده، مقایسهٔ کودکان با یکدیگر توسط والدین، تحسین و تمجید بیش از حد یکی از کودکان در حضور دیگران، احساس حقارت، محرومیت و اضطراب، تهدید، ناکامیهای دوران کودکی، عجب و خودپسندی، دشمنی و عداوت، استفاده از روشهای تربیتی نادرست درخانواده، حرص و طمع، ظلم و تعدی و داشتن نقایص عضوی.

درمان

روشهای مختلفی برای درمان حسادت پیشنهاد شده است که با توجه به شناخت علل باید از آنها استفادهٔ صحیح به عمل آید. این روشها عبارت است از: آگاه کردن کودک از اینکه مورد توجه ومحبت والدین قرار دارد، رعایت عدالت و انصاف در روابط، محبت به کودک وقتی که تنهاست، ایجاد زمینهٔ اعتماد و توجه، سپردن کودک کوچکتر به کودک حسود برای مراقبت و نگهداری، جرأت دادن، جایگزین کردن احســاسات

خشم‌آلود کودک (نظیر زدن عروسک به جای خواهر کوچکش)، کمک به کودک برای برون‌ریزی احساسات حسادت، مطلع ساختن کودک از تولد نوزاد از مدتی قبل، قصّه گفتن مادر برای کودک و تسلی دادن به او، تبدیل حسادت به مساعدت و صمیمیت، بحث دربارهٔ ضررها و خسارات حسد، استفاده از نقاشی و بازی درمانی، آموزش دادن به کودکان مبنی بر اینکه اشیا و وسایل زندگی خود را به رخ یکدیگر نکشند، آموختن انجام دادن اعمال نیک به کودک، افزایش اعتماد به نفس کودک، عدم دخالت والدین در دعواهای کودکان، ایجاد روابط خانوادگی مطلوب و تقویت روح همکاری و مساعدت در کودکان در خانه و مدرسه.

٦. پرخاشگری

عواطف واحساسات، نحوهٔ رفتار و عملکرد انسان را مشخص می‌سازد و در چگونگی ادارهٔ امور زندگی روزمره نقش بسزایی دارد. رفتار پرخاشگرانه که از انگیزهٔ پرخاشگری سرچشمه می‌گیرد، از دیدگاههای گوناگون به طرق متعدد تعریف شده است. پرخاشگری به معنی ستیزه‌جویی و جنگ‌طلبی و رفتار تند و خشن است و برای توصیف حالتهای عاطفی مختلف از رنجش عادی تا غیظ و غضب شدید به کار می‌رود.

پرخاشگری یکی از رایجترین واکنشهای کودک نسبت به ناراحتیها و ناکامیهاست که به منظور صدمه رساندن به دیگران، کسب پاداش، ارضای نیازها یا رفع موانع انجام می‌شود. چون تمام اعمال و رفتارهای انسان دارای هدف است، رفتار پرخاشگرانه نیز هدف دارد. هدف، مهمترین عامل در توجیه نوع رفتار است. براساس شناخت هدف، می‌توان بین اعمال و رفتارهای گوناگون وجه تمایز قائل شد و آنها را در زمرهٔ رفتارهای سالم یا پرخاشگرانه برشمرد. ممکن است دو عمل یکسان در یک زمان با دو هدف متفاوت انجام گیرد که یکی رفتار سالم و دیگری رفتار پرخاشگرانه تلقی شود؛ برای مثال کودکی را در نظر آورید که در حیاط مدرسه در حال توپ بازی است. اگر توپش به طور تصادفی و بدون آنکه کودک اراده کند به شیشهٔ پنجره بخورد و آن را بشکند، این عمل رفتاری پرخاشگرانه تلقی نمی‌شود؛ در حالی که اگر همان کودک

توپش را عمدی به قصد شکستن شیشه به سوی پنجره پرتاب کند، رفتارش پرخاشگرانه است؛ از این رو، در شناسایی و تعریف پرخاشگری و رفتار پرخاشگرانه باید هدف از انجام دادن آن عمل مشخص شود (۵۷۱:۲).

به طور کلی پرخاشگری، رفتارهای تهاجمی و خصمانه و واکنشی نسبت به ناکامی و سرکوبی امیال است که زاییدهٔ تعامل پیچیده بین وضعیت محیطی و تغییرات بیوشیمیایی و عوامل فرهنگی و پاسخهای آموخته شده است و به صورت ضرب و جرح و آزار و اذیت و تخریب و صدمه‌رسانی به دیگران بروز می‌کند. می‌توان پرخاشگری را واکنشی دفاعی دانست که هدف آن رفع مانع و حذف عامل تهدید است (۴۸: ۲۹ـ۳۲).

علائم ونشانه‌ها

علائم و نشانه‌های پرخاشگری همانند تعریف آن متعدد و متنوع است و نمی‌توان با قاطعیت و صراحت گفت که فلان علامت، نشانهٔ رفتار پرخاشگرانه است، بلکه باید پیشینهٔ رفتار و موقعیت زمانی و مکانی شخص پرخاشگر دقیقاً مطالعه شود. به طور کلی علائم پرخاشگری را می‌توان در دو دستهٔ پرخاشگری با خود و پرخاشگری با دیگران طبقه‌بندی کرد. پرخاشگری با خود به صورت احساس خستگی و فرسودگی، دروغگویی، نگاههای تند و خشن، به هم فشردن دندانها، پیدایش چین و چروک در صورت، بالارفتن ضربان قلب، افزایش فشارخون، اختلال در کاردستگاه گوارش، کاهش دقت، گریه، جیغ‌زدن، حسادت، گوشه‌گیری، عصیان و حالات دفاعی بروز می‌کند. پرخاشگری با دیگران به صورت ایجاد مزاحمت برای اطرافیان، سرزنش دیگران، به‌هم‌ریزی نظم، دزدی، تخریب، ضرب و جرح، استهزای دیگران، جنگ و ستیز، فحاشی، نادیده گرفتن حقوق دیگران، تجاوز، شکستن اشیا، سلطه‌جویی و زمینه‌سازی برای ایجاد درگیری مشاهده می‌شود (۳۹: ۱۳ـ۱۵ ؛ ۲۴: ۳۸۳).

علل

دربارهٔ علل پرخاشگری سخن بسیاری گفته شده و نظرهای متفاوتی از جانب روانشناسان

ارائه گردیده است. در اینجا، علل پرخاشگری از دیدگاههای غریزی، زیستی و محیطی بررسی می‌شود.

فروید، پرخاشگری را حالتی غریزی و ذاتی می‌داند و اعتقاد دارد که کودک از بدو تولد کم و بیش برای بروز رفتارهای پرخاشگرانه آمادگی دارد. به نظر او حالت پرخاشگری در تمام انسانها از تولد تا مرگ وجود دارد و این خصوصیت بین انسان و حیوان مشترک است. به عقیدهٔ او نیروی حاصل از غریزهٔ مرگ پس از انباشته شدن در درون انسان، به دو صورت تخلیه می‌شود: یکی به صورت بیرونی که به بروز رفتارهای پرخاشگرانه می‌انجامد و دیگری به صورت درونی که به اعمال خود تخریبی و احساس گناه شدید در کودک منتهی می‌شود.

پرخاشگری ممکن است ناشی از اختلالات و بیماریهای جسمی باشد؛ برای مثال، اگر کودکی اختلال شنوایی یا بینایی داشته باشد، احتمال دارد به رفتارهای پرخاشگرانه متوسل شود. معلمان و مربیان باید به این مورد که بین کودکان مدارس شایع است توجه خاصی مبذول دارند. همچنین اشکال در عملکرد سیستم مرکزی اعصاب، وجود ضایعات مغزی، اختلال در ترشح غدد و تحریک هیپوتالاموس موجب بروز رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود.

از دیدگاه علل محیطی، پرخاشگری، رفتاری آموخته شده است. اگر کودک به هدفش نرسد و ناکام شود، یکی از رفتارهای او رفتار پرخاشگرانه خواهد بود که بدان وسیله نیاز درونی خود را برآورده می‌سازد. اگر کودکی از طریق توسل به رفتارهای پرخاشگرانه به خواسته‌هایش برسد، بتدریج می‌آموزد که در آینده، بیشتر از اینگونه رفتارها استفاده کند. در این زمینه، خانواده و مدرسه و جامعه نقش بسیار مهمی دارند. بی‌توجهی یا توجه افراطی اعضای خانواده به کودک، تنبیه‌های شدید، تبعیضها و بی‌عدالتیها بین فرزندان، تشویقهای بیجا، حسادت و احساس ناامنی، واگذاری کارهای فراوان و خارج از توان به کودک، نزاعها و کشمکشهای خانوادگی، بی‌ارزش شمردن کودک، دخالتهای بیش از حدّ و بی‌مورد بزرگتران در کارهای کودکان، ممانعت از فعالیتهای کودک و عدم استفادهٔ صحیح از اوقات فراغت، رفتارهای متناقض والدین در

تربیت کودک، غیبتهای طولانی والدین و فقر اقتصادی خانواده می‌تواند به بروز رفتارهای پرخاشگرانه بینجامد. همچنین کودکان با مشاهدهٔ رفتارهای پرخاشگرانه و تهدیدآمیز معلمان و دوستان در مدرسه، ملاحظهٔ صحنه‌های درگیری خشن و کُشت و کشتار و شنیدن داستانهای خشونت‌آمیز، رفتار پرخاشگرانه را می‌آموزند (۴۹:۱۶۲).

درمان

پرخاشگری به شیوه‌های گوناگون درمان می‌شود. در درمان پرخاشگری باید علل ایجادکنندهٔ آن بخوبی شناسایی شود. هدف از درمان پرخاشگری به هیچ‌وجه حذف غریزهٔ پرخاشگری در کودک نیست، بلکه هدف آن است که پرخاشگری بتدریج به سوی اعمال مطلوبتر و مناسبتر سوق داده شود. از نظر فروید، درمان پرخاشگری مشکل و در موارد بسیار، کار محالی است و فقط می‌توان از طریق توسل به فعالیتهای اجتماعی مقبول و برقراری علاقه بین انسانها یا برگزاری مسابقات ورزشی از شدت آن کم کرد. درمان پرخاشگری از دو جنبهٔ فردی و اجتماعی قابل بررسی است. در روش درمان از بعد فردی، درمان با خود کودک انجام می‌شود و راههای تغییر رفتار از طریق انجام دادن فعالیتهای مختلف به خود کودک آموزش داده می‌شود؛ از جمله: ورزش و انجام دادن کارهای هنری نظیر نقاشی، تخلیهٔ هیجانات و عواطف، سپردن مسؤولیت، آگاه کردن کودک از اینکه پرخاشگری، تنها راه رسیدن به هدف نیست، آشنا ساختن کودک با حقوق دیگران و کمک به او برای رعایت قوانین، آگاه کردن کودک به زشتی و ناپسند بودن رفتار پرخاشگرانه، آموزش رفتارهای پسندیده و نیکو به کودک و تشویق او به انجام دادن این رفتارها، شرکت در فعالیتهای اجتماعی، کمک به کودک برای آنکه در زندگی معنی و هدف مشخصی را بیابد و تعقیب کند، واداشتن کودک به استراحت، تأمین سلامت جسمی کودک و تغییر محیط.

در درمان پرخاشگری از بعد اجتماعی، تا هنگامی که رفتار والدین و دیگر کسانی که با کودک ارتباط دارند تغییر نکند، در رفتار پرخاشگرانهٔ کودک هیچگونه تغییر چشمگیری به وجود نخواهد آمد. در صورتی که بین اعضای خانواده و معلم با کودک

رابطهٔ متعادل و سالمی برقرار باشد، رفتارهای پرخاشگرانهٔ کودک بشدت کاسته خواهد شد. در این مورد توصیه‌های زیر ارائه می‌شود: ۱) پرخاشگری کودک از همان سالهای اول زندگی کنترل شود تا در سالهای بعد به صورت عادت در نیاید؛ ۲) رفتار پرخاشگرانهٔ کودک درنیل به‌اهدافش تشویق‌نشود؛ ۳) درقبال‌عصبانیتها و ناراحتیهای کودک پرخاش نشود؛ ۴) ناکامیها و محرومیتهای کودک تا حد ممکن برطرف شود؛ ۵) مسؤولیتها و تکالیف سنگین به کودک واگذار نشود؛ ٦) باکودک هنگام عصبانیت جرّوبحث نشود؛ ۷) به کودک توجه افراطی نشود؛ ۸) از تنبیه بدنی کودک خودداری شود؛ ۹) کودک، بویژه درحضوردیگران موردتمسخر قرار نگیرد؛ ۱۰) نقایص کودک، بویژه در جمع بیان نشود؛ ۱۱) کودک‌بازیهای‌خشونت‌آمیزنکند؛ ۱۲) کودک‌از مشاهدهٔ صحنه‌های خشونت‌آمیز منع شود؛ ۱۳) به کودک توجه شود و بین اعضای خانواده رابطهٔ صمیمی برقرارشود؛ ۱۴) والدین درتربیت‌کودک تضادنداشته‌باشند؛ ۱۵) در مواردی که خانواده به رفع مشکلات قادر نباشد از افراد متخصص کمک گرفته شود (۳۱:۱۱۱ـ۱۱۲).

۷. تیک

تیک آن دسته از جهشها و حرکات غیرارادی و ناگهانی و سریع و بی‌هدف وتکراری است که احتمال دارد در هر قسمت از بدن از روی عادت یا ناآگاهانه ظاهر شود. همچنین تیک، تظاهر یک نگرانی و ناراحتی روانی به صورت لرزش و پرش غیرارادی ماهیچه‌ها در نقطه‌ای از بدن است. تیک ساده ـ که بر اثر تشویش و اضطراب به وجود می‌آید ـ با به هم خوردن پلکها و بالا انداختن شانه‌ها همراه است. تیک پیچیده ـ که نتیجهٔ عصبانیت است ـ با مجموعه‌ای از حرکات غیرعادی توأم است. اولین تیکها در کودکان سنین دو تا ده‌سالگی ظاهر می‌شود. تیک در مردان بیش از زنان شایع است. تیکها هنگام خواب از بین می‌روند و ظاهر نمی‌شوند.

علائم و نشانه‌ها

تیک علائم و نشانه‌های متعددی دارد که عبارت است از: ناسازگاریهای شخصیتی،

احساس بی‌کفایتی و ناامنی، خصومت، بیقراری عمومی، تحریک‌پذیری، لکنت زبان، ترس، دلواپسی، مکیدن لبها، صاف‌کردن صدا، تغییر شکل صورت، فین‌کردن بیجا، مکیدن شست و ناخن، به هم زدن پلکها، درآوردن زبان از دهان، حرکات سریع و چرخشی سر، سرفه، بلع، چین‌دادن پیشانی، تکان‌دادن سر، صدای حیوانات درآوردن، خستگی زودرس، اختلالات خواب و اشتها، تکان‌دادن گوش، قورت دادن آب دهان، سکسکه کردن، لوله کردن مو، کمرویی، دستپاچگی، حساسیت، لجبازی، ژستهای مختلف و تکراری، پرش شانه‌ها و پا و بازوها (۱:۱۳۰).

علل

بی‌نظمی سیستمهای نوروشیمیایی سلسلهٔ اعصاب مرکزی و بیماریهای عفونی و ضربه‌های مغزی، باعث پیدایش تیک می‌شود. میزان شیوع عارضه تیک در خانواده‌هایی که اعضای آن تیک دارند به مراتب بیشتر از خانواده‌های عادی است. تیک ممکن است بر اثر یک حادثهٔ ناگوار روانی وناراحتی و اضطراب ناشی از عوامل خانه و مدرسه به وجود آمده باشد.

ناراحتیها و کشمکشهای خانوادگی به تیک در کودکان می‌انجامد. کودکانی که والدین سخت‌گیر و مقتدر دارند، شیوع تیک در بین آنان بیشتر است؛ زیرا این والدین با رفتارشان، کودک را دچار تضاد و ناراحتی می‌کنند و بر اختلال او می‌افزایند. عده‌ای یادگیری را در پیدایش تیکها، مهم می‌دانند و معتقدند که تیکها یک رفتار عادتی یادگرفته شدهٔ نیرومند و قوی هستند.

درمان

تیکهای دوران کودکی معمولاً زودگذر است و ممکن است خودبخود از بین برود؛ ولی اگر ادامه یابد، باید به پیگیری و درمان آنها اقدام شود. در مورد تیکهای ساده به خانواده توصیه می‌شود که به آن توجه نکنند و چنانچه وضع وخیمتر شود، درمان توسط متخصص انجام گیرد. روان درمانی تأثیر مفیدی در برطرف کردن تیک دارد. برای

درمان تیک باید علل آن شناخته شود، سپس مشکلات وفشارهای روانی از بین برود و کودک به انجام دادن فعالیتهای دسته‌جمعی تشویق شود. یکی از روشها آن است که کودک در مقابل آینه بایستد و هنگام تیک قیافه‌اش رابنگرد و بکوشد حرکات غیرارادی راکنترل کند و آنها را به حرکات ارادی مبدل سازد.

تنبیه‌ها واخطارهای مکرر به کودک برای متوقف‌ساختن تیک، وضع را وخیمتر می‌سازد؛ زیرا تیک عملی غیرارادی است. حل مشکلات و کشمکشهای خانواده در درمان تیک بسیار مؤثر است. اعتماد به نفس کودک باید افزایش یابد و به او و خانواده‌اش اطمینان داده شود که تیک قابل درمان است. والدین باید محیط خانواده را برای کودک، مکان آرام و امنی کنند؛ از این رو، به موازات درمان کودک باید والدین نیز درمان شوند. افراد مبتلا به تیک، تا حد ممکن نباید ناراحت و نگران شوند و به انجام دادن کارهایی که ایجاد هیجان و خستگی می‌کند بپردازند. نواقص جسمی کودک باید درمان شود و به رفع دیگر علائم بیماری که با تیک همراه است نیز اقدام گردد. برای درمان تیک، گاهی از دارودرمانی برای کنترل حرکات کودک استفاده می‌شود.

۸. گوشه گیری

گوشه گیری از نظر لغوی به معنی تنها و مجرد و در خلوت نشستن واز جمع کناره گرفتن است. گوشه گیر کسی است که از مردم دوری می‌کند و عزلت می‌گزیند و بدان وسیله خود را با محیط اطراف سازگار می‌سازد؛ البته هر نوع عزلت و در تنهایی ماندن، گوشه گیری تلقی نمی‌شود. هر انسان گاهگاهی دوست دارد تنها باشد تا به خودشناسی و حل مشکلات زندگی بپردازد. گوشه گیری زمانی حالت بیماری پیدا می‌کند که فرد از آمیزش با جمع و همنوعان بیزار و بیمناک باشد. در این مورد، اگر گوشه گیری بموقع درمان نشود به پیدایش حالات روانی شدید و افسردگی منجر می‌شود.

علائم و نشانه‌ها

گوشه گیری با یک سلسله علائم متعدد و به هم پیوسته همراه است. گوشه گیر چون

مشکلاتش رانمی‌تواند در عالم واقعیت حل کند، به تخیل فرو می‌رود و به خیالبافی می‌پردازد. او انسانی است بی‌هدف و نمی‌داند چه باید بکند و برای آینده‌اش چه طرحی بریزد. از مردم گریزان است و هر تمنا و خواهش را یک تحمیل تلقی می‌کند و در برابر آن بشدت مقاومت می‌کند؛ از این رو، با اطرافیان دچار تضاد و کشمکش می‌شود. برای دفاع از حقش اقدام نمی‌کند و کناره گیری را بر تلاش ترجیح می‌دهد.

محدود ساختن تمام جنبه‌ها و فعالیتهای زندگی، خجالت و سکوت، محرومیت، ناتوانی در برقراری رابطه با دوستان و معلمان، فرار از فعالیتهای اجتماعی و به تعویق انداختن انجام دادن کارها، بی‌حوصلگی وکسالت واحساس‌خستگی ونگرانی از آینده، کمک نخواستن از دیگران، هنگام نیاز، در انجام دادن کارها از این شاخه به آن شاخه پریدن، سازش با وضع موجود و اعتراض‌نکردن به آن، حتی در صورت احساس ناراحتی ونگرانی، احساس‌پوچی وبی‌ارزشی، ابراز وجودنکردن، تسلیم‌شدن دربرابر خواسته‌های دیگران، تقصیر گناهان را به گردن گرفتن، ناتوانی در بروز احساس خصومت و پرخاشگری، اجتناب از رقابت، درون‌گرایی و در خود فرو رفتن، زودرنجی، زودگریستن، پریشانی‌وبیقراری، غیبت‌ازمدرسه، بی‌علاقگی‌به کلاس، عدم‌تمرکزحواس، اختلال در خواب و خوراک، بی‌اعتنایی به وقایع اطراف، نادیده و نشنیده گرفتن پرسشهای اطرافیان، بی‌اعتمادی نسبت به تواناییهای خویش، داشتن نگرش منفی و بدبینانه به اطرافیان، مطرح نکردن اشکالات درسی در کلاس و عقب‌ماندگی درسی در بین دانش آموزان گوشه گیر بسیار مشاهده می‌شود.

علل

عوامل متعددی موجب گوشه گیری می‌شود. غم و اندوه شدید و مداوم، فقر و تنگدستی، احساس گناه، ضعف و نقص‌جسمانی، تکبروغرور، احساس حقارت شدید، عقب‌ماندگی درسی، پذیرفته‌نشدن در خانه و مدرسه، حسادت و انتقامجویی، احساس ترس و ناامنی، نابسامانیهای خانوادگی، طلاق، بی‌پاسخ گذاشتن پرسشهای کنجکاوانهٔ کودکان، بی‌حوصلگی دربرقراری ارتباط سالم باکودکان، نبودن الگوی اجتماعی مطلوب

در خانه، محرومیت از محبت مادر، عدم حضور پدر در خانواده، اعتیاد والدین، شکستها و ناکامیهای پی‌درپی، اختلال در عملکرد غدد فوق‌کلیوی، حمایت افراطی کودک همراه با چشم‌پوشی شدید، بیماریهای طولانی کودک، انتقال کودک به مدرسه و مکان جدید، تبعیض و انتقادها و بهانه‌گیریهای مستمر و بی‌مورد والدین و معلمان در بروز گوشه‌گیری نقش بسزایی دارد.

درمواقعی گوشه‌گیری وفرار ازموقعیت مخاطره‌انگیز، معقولترین‌شیوه برای مقابله با ناکامی به شمار می‌رود. در این زمینه، مشخص شده است که علت اصلی گوشه‌گیری برخی زندانیان در زمان جنگ اول در بازداشتگاههای آلمان، غلبه بر وحشت و فشار وارد شده، بوده است. در این حالت، عواملی نظیر شدت فشار و ترس، غیر ممکن بودن فرار وبیماریهای جسمی درتشدیدگوشه‌گیری زندانیان مؤثر بوده است. در خودفرورفتن نوجوان در دورهٔ بلوغ نیز ممکن است به گوشه‌گیری بینجامد؛ به عبارت دیگر زمانی، گوشه‌گیری نوجوان با تفکر دربارهٔ طبیعت و خویشتن و مشاهده و تجزیه و تحلیل امور پیرامون همراه است که ازکنجکاوی او نشأت می‌گیرد و بدان وسیله نوجوان می‌خواهد به چراهای درونی خود پاسخ دهد. همچنین هرگاه نوجوان در سازگاری با محیط اجتماعی شکست بخورد، احتمال می‌رود گوشه‌گیر شود.

درمان

شیوه‌های درمان گوشه‌گیری بسیار متعدد و متنوع است. معلمان و والدین در رفع مشکلات کودکان گوشه‌گیر نقش بسزایی دارند و با صمیمیت و محبت باید به تمام تغییرات رفتاری مناسب و موفقیت‌آمیز آنان توجه کرده، آنان را تشویق کنند و بدین وسیله کودکان را به سوی فعالیتهای اجتماعی سازنده در مدرسه و خانه راغب سازند. معلم بایدکار را در مدرسه با آنچه کودک قادر به انجام دادن آن است آغازکند و اورا عملاً به ارزشمندبودن خویش آگاه و مطمئن سازد. اگرکودک احساس کندکه می‌تواند در انجام دادن امور موفق شود، بر اعتماد به نفس او افزوده می‌گردد و درمی‌یابدکه دیگر به گوشه‌گیری نیاز ندارد؛ به عبارت دیگر، بایدکاری به کودک محول شودکه بتواند با

موفقیت از عهدهٔ انجام دادن آن بر آید. با کودک بحث منطقی به عمل آید و بر تواناییها و نقاط مثبت او توجه و تأکید شود. همچنین با شناسایی بموقع و مناسب رفتارهای مطلوب و نامطلوب، به او آموخته شود که چگونه می‌تواند احساسات خود را از طریق صحیح و سازنده، نه با شیوه‌های مخرب، ابراز کند (۱۲۶-۱۲۵:۳۱).

عوامل زمینه‌ساز گوشه گیری نظیر تحقیر و احساس گناه باید از بین برود. در این مورد، روان درمانی و مشاورهٔ فردی و گروهی می‌تواند در رفع گوشه گیری مؤثر واقع شود. همچنین تغییر وضعیت محیط زندگی از روشهای مفید درمان گوشه گیری به شمار می‌رود. والدین و معلمان نیز باید با کودکان گوشه گیر با ملایمت و مسالمت و دلجویی رفتار کنند. بردن به گردشهای علمی، تشویق به سخن گفتن در حضور والدین و دوستان و بستگان و جرأت دادن به او بدین معنی که می‌تواند در برابر جمع سخن بگوید و شرکت دادن در فعالیتهای هنری و ایفای نقش درنمایشنامه‌ها از جمله اعمالی است که مهارتهای اجتماعی دانش آموزان و کودکان را افزایش می‌بخشد و آنان را در مبارزه با گوشه گیری یاری می‌دهد.

۹. دروغگویی

دروغگویی از نظر لغوی به معنی کتمان واقعیت است و بیان سخنی که واقعیت خارجی برای گوینده ندارد. دروغگو از طریق دروغ گفتن، ضعفهای خود را می‌پوشاند، شنونده راگمراه می‌سازد، از تنبیه خود را نجات می‌بخشد و بدان وسیله توجه دیگران را به خود جلب می‌کند.

دروغ و دروغگویی رفتاری ناپسند است و به کودک شخصیت ساختگی و تصنعی می‌بخشد. در بین کودکان خردسال که با جزئیات اشیا و پدیده‌ها آشنایی کافی ندارند، دروغگویی بیشتر جنبهٔ رؤیا و خیالبافی دارد و کمتر به منظور فریب دیگران انجام می‌شود. توصیه می‌شود در این مواقع، کودک رابه بیان جزئیات اشیا و پدیده‌ها مجبور نکنیم و از او در حد رشد ذهنی انتظار ارائهٔ پاسخ داشته باشیم؛ برای نمونه در دو سال اول زندگی، به علت محدود بودن دامنهٔ لغات و درک مفاهیم، گفتار کودکان به

دروغ شباهت دارد. تا سن چهار یا پنج سالگی نیز کودکان، دیده‌ها و شنیده‌ها را بر اساس تخیلات و تصورات خود توجیه و تفسیر می‌کنند و بین واقعیت و حقیقت تفاوت و تمایزی قائل نیستند.

علائم و نشانه‌ها

هرگاه کودک در موقعیتی نامطمئن و ناامن قرار گیرد و احساس خطر یا حقارت کند به گفتن دروغ متوسل می‌شود. دروغگو به گفته‌هایش ایمان ندارد و به طور قاطع و صریح حرف نمی‌زند. بتدریج اعتماد خود را به دیگران از دست می‌دهد و نسبت به اطرافیان بدبین می‌شود. دروغگو فراموشکاراست و پس ازمدتی نزدمردم بدنام وبی‌اعتبار می‌شود. دروغگویی باعث تغییرات جسمی نظیر افزایش ضربان قلب، تغییر حالت چشم، رنگ پریدگی، برافروختگی، بیقراری و ناآرامی و خشک شدن دهان و گاهی لکنت زبان و پراکنده گویی می‌شود.

علل

شناخت علل دروغگویی برای درمان آن کاملاً ضروری است. دروغگویی به عنوان یک مشکل، علل گوناگون و متعددی دارد که به برخی از آنها اشاره می‌شود. اولین علت برای دروغگویی کودکان، آموزشهای نادرست خانواده است. کودک تا حد بسیاری در رفتارهای خود از والدین و افراد خانواده تقلید می‌کند. در خانواده‌ای که پدر و مادر و دیگر اعضای آن همواره به یکدیگر دروغ می‌گویند، نمی‌توان انتظار داشت کودکی راستگو تربیت شود. رفتارهای والدین در خانه و نحوهٔ گفتگوی آنان با یکدیگر، کودک را به دروغگویی وا می‌دارد؛ برای نمونه، تصور کنید که تلفن زنگ می‌زند و کسی با پدر کار دارد. پدر از قبل به فرزندش سفارش کرده است که اگر کسی با او کار داشت بگوید که در منزل حضور ندارد. این قبیل رفتارها که بارها در بعضی خانوادها مشاهده می‌شود، یکی از رایجترین روشهای آموزش عملی دروغگویی به کودکان است.

دروغگویی کودک ممکن است برای جلب توجه اطرافیان باشد. نیاز به تعلق و

همبستگی و مورد توجه قرار گرفتن، از نیازهای اساسی به حساب می‌آید. چنانچه کودکی در خانواده یا مدرسه مورد بی‌توجهی اطرافیان قرار گیرد، برای نشان دادن خود و جلب توجه آنان ممکن است به گفتن دروغ در زمینه‌های گوناگون متوسل شود. در همین زمینه، تنبیه و سرزنش کودک نیز موجب می‌شود که او برای فرار از ملامت و تنبیه دروغ بگوید.

کودکانی که نسبت به دوستان و اطرافیان خود احساس کمبود می‌کنند، ممکن است برای جبران کمبودها در زمینه‌های گوناگون نظیر شغل والدین، محل سکونت، وضع تغذیه، دوستان و تفریحات و سفرها به دروغگویی متوسل شوند و درون آشفته و نگران خود را بدان وسیله به طور موقت تسکین دهند.

ترس نیز از دیگر عواملی است که موجب دروغگویی می‌شود. اگر کودک به سبب راستگویی تنبیه شود، در آینده برای نجات و رهایی از مجازات به دروغگویی متوسل می‌شود؛ برای نمونه، کودک بر اثر تجربه یاد می‌گیرد که برای نجات از تنبیه به هر نحوی شده باید اثبات کند که کار خطایی انجام نداده است وگرنه کتک خواهد خورد؛ از این رو، باید اذعان کرد که سخت‌گیریهای افراطی و برخوردهای خشن والدین و مربیان با کودکان از علل مهم دروغگویی کودکان محسوب می‌شود.

تهدید کودک به انجام دادن عملی که اجرا شدنی نیست، عامل دیگری در تشویق کودک به دروغ گفتن است؛ برای نمونه هرگاه والدین، کودک را تهدید کنند که اگر در دیکته نمرهٔ بیست نگیرد او را خواهند کشت. این تهدید موجب می‌شود که کودک در صدد دروغگویی و صحنه‌سازی برآید و به دروغ گفتن عادت کند. در این میان، کودک درمی‌یابد که والدین عملاً به او دروغ می‌گویند؛ زیرا آنان هیچگاه کودکشان را نمی‌کشند. همچنین کودکان اعتماد خود را نسبت به حرفهای والدین و معلمان از دست می‌دهند و برای آنان ارزش و اعتباری قائل نمی‌شوند؛ از این رو، به والدین و مربیان توصیه می‌شود که هیچگاه کودکان را به عملی که انجام دادنش غیرممکن است تهدید نکنند.

گاهی نحوهٔ بیان و برخورد والدین و مربیان با کودک، او را به دروغ گفتن وامی‌دارد و به او دروغگویی را می‌آموزد؛ برای نمونه، والدین به کودکی که مرتکب

عمل خلافی شده است اصرار می‌ورزند که او این کار را انجام نداده است، بلکه دیگری مثلاً همسایه یا دوست یا برخی موجودات خیالی مسبب آن بوده‌اند. در این حالت، والدین علاوه بر آنکه کودک را دروغگو بار می‌آورند و از او حمایت بیجا و بی‌مورد می‌کنند، او را به گریز از قبول مسؤولیت رفتارش نیز وامی‌دارند. این رفتار عواقب بسیار خطرناکی در بزرگسالی دارد.

انتظار و توقع بیش از حد از کودکان و مقایسهٔ آنان با دوستان و همکلاسیها در زمینه‌های گوناگون، از دیگر علل دروغگویی کودکان محسوب می‌شود. والدین و مربیانی که از کودکان انتظاراتی بیش از حد توانشان دارند و آنان را تحت فشار قرار می‌دهند، کودکان رابه دروغگویی وامی‌دارند. در اینصورت، کودک از طریق دروغ می‌تواند هم بر احساس حقارت خود به طور موقت غلبه یابد و هم والدین را راضی وخشنود سازد و نظر آنان را به سوی خود جلب کند.

دروغگویی، علل دیگری نیز دارد که به طور خلاصه عبارت است از: اجتناب از ناراحتی و دردسر و تعقیب، فریب دادن دیگران برای کسب جاه و مقام و سود شخصی، ناراحت کردن رقیبها و اطرافیان، خودستایی و تظاهر، فراموشی، عدم تفاهم، بی‌اطلاعی، شتابزدگی، آرزو و خیال، بی‌اعتمادی و ضعف و کمبودها.

درمان

دروغگویی در نهایت برای کودک وجامعه زیانهای فراوان دارد؛ بنابراین درمان آن لازم است. اگر درمان زودتر و در سنین پایین‌تر آغاز شود، نتایج امیدبخش‌تری به دنبال خواهد داشت. در درمان دروغگویی، همکاری خانواده و مسؤولان مدرسه ضروری است. در غیر اینصورت، موفقیت چشمگیری از درمان حاصل نخواهد شد.

برای درمان دروغگویی کودکان، باید علل آن بخوبی شناخته شود. بدون شناخت علل، درمان دروغگویی امکانپذیر نخواهد بود. برای پیشگیری و درمان دروغگویی، والدین و مربیان باید واقعیات را بپذیرند و برای شنیدن موارد شیرین و تلخ از طرف کودکان آماده شوند و با رفتار خود به کودک بیاموزند که گفتن واقعیات به هر صورتی که

باشد مقبول است و موجبات تنبیه و آزار کودک را فراهم نخواهد کرد. اگر کودک در عمل پی ببرد که والدین و مربیان، او را برای دروغگویی تشویق و برای راستگویی تنبیه نمی‌کنند، به تظاهر در رفتار و جعل واقعیت نخواهد پرداخت. همچنین والدین و مربیان باید از طرح پرسشهایی که کودک به آنها به احتمال قوی پاسخهای نادرست خواهد داد خودداری کنند. در صورت مشاهدهٔ دروغ، والدین و مربیان نباید شتابزده عمل کنند و به تنبیه کودک مبادرت ورزند. برای بازداشتن کودکان از دروغگویی و اصلاح رفتار آنان، باید روش برخورد با توجه به موقعیت انتخاب شود. برخی از روشها به اختصار عبارت است از:

۱. **نشان دادن ارزش راست‌گفتن.** در وهلهٔ اول کودک باید دریابد که دروغگویی کار نادرست و ناپسند و راستگویی عملی با ارزش و پسندیده است. کودک باید ارزش راست گفتن را در عمل تجربه کند. والدین و مربیان نباید در برابر دروغهای کودکان برآشفته شوند و او را کتک بزنند. بیان نتایج زشت و تلخ دروغگویی به صورت داستان برای کودکان، می‌تواند در آموزش عواقب تلخ دروغگویی مفید واقع شود. همچنین اگر والدین و مربیان، کودک را در خلوت ـ نه در حضور جمع ـ و در جوّی محبت‌آمیز و پرعطوفت با مضرات و نتایج دروغگویی آشنا سازند و به پنددادن او بپردازند، در جلوگیری و نیز درمان دروغگویی می‌تواند مؤثر باشد.

۲. **اجازهٔ بیان احساسات.** کودک باید احساسات خود را آزادانه ابراز کند. در صورتی که بیان احساسات، باعث آزار و اذیت اطرافیان شود باید به کودک آموخت که بتدریج این احساسات را جایگزین احساسات خوشایند سازد و نباید برای احساسش تنبیه شود؛ برای نمونه، اگر کودکی از برادر کوچکترش خوشش نمی‌آید، باید به او اجازه داده شود که احساسش را بیان کند. پس از استماع نظر کودک، والدین باید ضمن تحلیل رفتار خود با کودک و یافتن علل پیدایش چنان احساسی، به راهنمایی کودک و تغییر رفتار و احساس او مبادرت ورزند. در مواردی که کودک مرتکب کار خطایی شده، ولی راست می‌گوید، باید با ملایمت و به طور صحیح به او تذکر داده شود که رفتارش درست و پسندیده نیست و باید آن را تغییر دهد. هشدار دادن به کودک، همدردی با او در

مواردی که لازم است، نادیده گرفتن حرفهای کودک و بی‌توجهی به آنها از روشهایی است که در مواقع مشخص می‌تواند برای پیشگیری و درمان دروغگویی کودکان استفاده شود.

۳. **تعدیل انتظارات ازکودکان.** والدین و مربیان باید از هر کودک انتظاراتی داشته باشند که با واقعیات و امکانات او منطبق است. در غیراینصورت، دروغگویی کودک، تقویت و تشدید خواهد شد. چون کودک توان عملی ساختن خواسته‌های اطرفیان را ندارد، به گفتن دروغ متوسل می‌شود؛ بنابراین، از هر دانش‌آموز باید انتظاراتی در حد توانش داشته باشیم.

۱۰. افسردگی

افسردگی از قدیمیترین بیماریهای شناخته شده و از متداولترین انواع اختلالات روانی در همهٔ زمانها و مکانهاست و هر کسی ممکن است بدان گرفتار شود. می‌توان گفت تمام انسانها در طول زندگی خود کم و بیش به نوعی افسردگی دچار می‌شوند. درجهٔ شیوع افسردگی در زنان، دو تا چهار برابر بیشتر از مردان است.

دربارهٔ افسردگی در کودکان و نوجوانان عقاید متفاوتی وجود دارد. عده‌ای عقیده دارند که در کودکان افسردگی وجود ندارد. در مقابل، گروه دیگری از متخصصان، شکایات جسمانی و رفتارهای تهاجمی کودکان را نشانه‌ای از افسردگی آنان می‌دانند. افسردگی کودکان با بزرگسالان تفاوت اندکی دارد و حدود دو تا چهار درصد کودکان و پنج تا ده درصد نوجوانان به نوعی به آن مبتلا هستند. افسردگی در اواخر بهار و اوایل تابستان شیوع بیشتری دارد.

تعاریف متعددی دربارهٔ افسردگی از دیدگاههای مختلف ارائه شده است. کلمهٔ افسردگی به معنی پریشانی و انحطاط است. افسردگی از دیدگاه پزشکی عبارت است از کاهش نیروها و فعالیتهای جسمانی و روانی بر اثر ناراحتی و اندوه. از دیدگاه روانشناسی، حالت غم‌انگیز و اندوهگین است که با احساساتی حاکی از تهدید، گناه، خصومت، ناامیدی، اندوه، ناکامی و نیز رکود کنشهای کودک همراه است. از نظر جامعه‌شناسی،

افسردگی، که همهٔ انسانها در دوره‌ای از زندگی خود به نوعی به آن مبتلا می‌شوند، واکنشی نسبت به فقدانها و کمبودهایی است که بر اثر مشکلات و مسائل اجتماعی حاصل می‌شود.

به طور کلی می‌توان افسردگی را نوعی واکنش عاطفی نسبت به وضعیت ناامیدکننده و محرومیت‌زا و فشارآور دانست که با افکار و احساسات نامطلوبی نظیر ترس، اضطراب، بی‌کفایتی و نیز اختلالات جسمی همراه است. این توضیح لازم است که افسردگی با غمگینی‌وحزن معمولی تفاوت دارد. هر کسی در زندگی روزمره ممکن است بر اثر مواجهه با موقعیتهای ناگوار برای مدتی اندوهگین و ناخشنود شود. در این حالت، کودک پس از استراحت، مجدداً به وضعیت عادی برمی‌گردد؛ در حالی که افسردگی، احساس غم و اندوه شدید و مداوم و آشفتگی روانی است که با تقلیل بینش و تغییر ادراک از محیط و خویشتن همراه است (۳۱:۱۸).

افسردگی به سه صورت عادی، نوروتیک و پسیکوتیک در افراد مشاهده می‌شود. افسردگی عادی بر اثر حادثه‌ای ناگوار برای فرد به وجود می‌آید و به مرور زمان با استراحت کاهش می‌یابد و بتدریج زندگی فرد به حالت طبیعی باز می‌گردد. در افسردگی نوروتیک، اندوه و نگرانی فرد بیشتر است و پاسخها نسبت به محرکهای محیطی شدید و افراطی است. در افسردگی پسیکوتیک، بر اثر قطع رابطه با واقعیت، بیمار دچار هذیان می‌شود و در مواردی دست به خودکشی می‌زند. در این حالت، اندیشه و فکر بیمار مختل شده اضطراب شدید بر او حاکم می‌شود.

علائم و نشانه‌ها

افسردگی با یک رشته علائم جسمی و عاطفی مشخص می‌شود که این نشانه‌ها بر حسب نوع و شدت افسردگی متفاوت است. علائم جسمی افسردگی عبارتند از: شکایت از خستگی مفرط، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، اختلالات گوارشی، درد شکم، تهوع، کاهش تدریجی وزن، یبوست، اختلال در دفع ادرار، اختلال در قاعدگی، ناتوانی جنسی در مردان و سرد مزاجی در زنان، اختلال در فعالیت قلب و عروق، تنگی نفس، سردردهای

مداوم، سرگیجه، تاریکی چشم، حساسیت به نور و صدا، نبض سریع، وجود دردهای پراکنده در قسمتهای مختلف بدن، تمارض و کندی حرکات (۶۲:۴۳-۷۵).

علائم عاطفی وروانی افسردگی عبارتند از: نوسان شدید غم و اندوه، گوشه گیری و سکوتهای طولانی، احساس کسالت، بدبینی، احساس بی‌کفایتی، اضطراب، یأس و ناامیدی، گریه، آرزوی‌مرگ، ناتوانی درتمرکزحواس، بیقراری، تحریک‌پذیری، عدم اعتماد به‌نفس، دلهره و نگرانی، تحقیر و سرزنش خود و اطرافیان، زودرنجی، بی‌حوصلگی، نپذیرفتن مسؤولیت، احساس گناه، کاهش شدید علاقه نسبت به تمام فعالیتهای روزمره، فکر خودکشی و احساس بی‌ارزشی (۹:۵۸-۷۵).

افسردگی درکودکان و نوجوانان با علائم مشخصی نظیر هیجان‌پذیری و بیقراری، تنهایی و گوشه گیری شدید، شکایت از خستگی مفرط، ناتوانی در تمرکز حواس، استفاده مکرر از مکانیسم دفاعی انکار، ارتکاب جرم و رفتارهای ضد اجتماعی، فرار از واقعیت و منفی‌گرایی همراه است.

علل

عوامل بسیار در پیدایش افسردگی مؤثر است. اضطراب زیربنای تمام اختلالات از جمله افسردگی است. به نظر فروید شخصیت انسان از سه قسمت نهاد، خود و فراخود تشکیل می‌شود. نهاد لذت‌طلب است و از هیچ ارزش اجتماعی و اخلاقی تبعیت نمی‌کند. در مقابل فراخود خواهان کمال و تابع قوانین و مقررات اجتماعی و ارزشهای اخلاقی است. وظیفهٔ «خود» برقراری تعادل منطقی بین خواسته‌های نهاد و ارزشهای فراخود است. چنانچه «خود» به برقراری تعادل بین نهاد و فراخود موفق نشود، اضطراب پدید می آید که عامل اصلی در بروز افسردگی است. همچنین فروید محرومیت از عشق و محبت مادر و تجارب دردناک و ناخوشایند کودک در دوران حساس کودکی و توقعات بیجا و نامناسب والدین را که مانع رشد و استقلال کودک می‌شود، در بروز افسردگی عامل مهمی قلمداد می‌کند. به طور کلی علل پدیدآورندهٔ افسردگی به عوامل ارثی، زیستی و محیطی طبقه‌بندی می‌شود (۹:۷-۳۴).

۱. وراثت. گرچه دربارهٔ تأثیر وراثت در ایجاد افسردگی نمی‌توان قضاوت قطعی کرد، تحقیقات گوناگون مؤید آن است که احتمال ابتلا به افسردگی در کودکانی که والدین افسرده دارند به مراتب بیشتر از کودکانی است که والدین سالم دارند. درجهٔ شیوع بیماریهای روانی در بین اقوام و وابستگان حدود ده تا دوازده درصد است که این رقم در بین افراد غیر وابسته به یک تا دو درصد کاهش می‌یابد.

مطالعات انجام شده بر روی دوقلوها مبیّن تأثیر وراثت در بروز افسردگی در بین اقوام و وابستگان است. گرچه وراثت در انتقال افسردگی مهم است، تظاهر واقعی بیماری تنها به عوامل ارثی مربوط نمی‌شود، بلکه با ساخت شخصیت فرد و اوضاع محیطی ارتباط نزدیک دارد؛ زیرا برای بروز افسردگی وجود عوامل زمینه‌ساز (وراثت، سابقهٔ افسردگی و خودکشی در خانواده، جدایی از مادر در دوران کودکی، بیکاری و نداشتن سرگرمی)، عوامل تسریع‌کننده (حوادث ناگوار زندگی، داغدیدگی، متارکه، بیماریهای جسمانی شدید و علاج‌ناپذیر) و عوامل دوام بخشنده (فشارهای اجتماعی، سختی معیشت، سردی روابط بین انسانها، احساس بی‌ارزشی، اعتیاد، اختلافات خانوادگی و حساسیت بسیار) ضرورت دارد؛ به عبارت دیگر، برای ایجاد افسردگی باید زمینهٔ ارثی و نیز عوامل محیطی نامساعد موجود باشد تا افسردگی در فرد به عنوان یک بیماری متجلی شود.

۲. عوامل زیستی. افسردگی تا حدی با فعالیتهای مغز ارتباط دارد و هنگام افسردگی بر اثر نقصان آمینهای مغزی، زمان واکنش کندتر می‌شود و هشیاری کاهش می‌یابد. پایین آمدن مقدار نوراپی‌نفرین و سطح سروتونین، اختلال در تعادل و توزیع متناسب یونهای کلسیم و سدیم و پتاسیم و لیتیوم و پایین بودن فعالیتهای الکتریکی مغز به ایجاد افسردگی می‌انجامد. همچنین برهم‌خوردن تعادل هورمونی در زنان در دورهٔ بارداری و هنگام عادت ماهانه موجب بروز افسردگی می‌شود. اختلالات جسمی نظیر دیابت، کم‌خونی، ورم کلیه، بیماریهای ریوی و سل، بیماری صرع، ضربات مغزی و جراحیهای بزرگ در بروز افسردگی مؤثر است. در نوجوانان به علت تغییرات هورمونی و رشد سریع جسمی و بلوغ فکری و میل به استقلال‌طلبی، بحران به وجود می‌آید و

احتمـال بروز افسردگی افزایش می‌یابد. نواقص جسمی نیـز می‌تواند به بـروز افسردگی بینجامد.

۳. **عوامل محیطی.** گفتیم برای بروز افسردگی وجود عوامل محیطی نـامساعد ضرورت دارد. گسترش بی‌رویهٔ جوامع صنعتی، تغییرات سریع، به هم خوردن ارزشها، تضعیف روابط بین انسانها، یکنواختی زندگی، تضعیف ارزشهای اخلاقی، تزلزل بنیاد خانواده‌ها، بی‌توجهی به حقوق دیگران، سختی زندگی، سر و صدای محیط کار و نداشتن دوستان نزدیک موجبات بروز افسردگی را فراهم آورده است. همچنین مـحرومیت کودک از عشق و محبت و جدا شدن از مادر، قبل از سه سالگی، احتمال ابتلا به افسردگی را در زمان بزرگسالی افزایش می‌دهد. به عقیدهٔ بولبی این گروه از کودکان ابتدا گوشه‌گیر می‌شوند، سپس ناامید و مأیوس می‌گردند و در نهایت از طـریق افسـردگی شـدید و عصیانگری، خشم خود رانسبت به مادر، علیه خود به‌کار می‌بندند و از خویشتن متنفر می‌شوند، حتی ممکن‌است به فکرخودکشی‌بیفتند. این‌کودکان همواره‌پریشانند، تمرکز حواس بسیار ضعیف دارند، درکارهای‌مفید و سازنده فعال نیستند و دائماً مضطرب و بی‌نشاطند.

همچنین عواملی نظیر قرارگرفتن در موقعیت مأیوس‌کننده، عدم ارضای نیازهای جسمی و روانی، مورد تهدید و تحقیر و تمسخر قرار گرفتن، سخت‌گیریهای بی‌مورد والدین در خانه و معلمان در مدرسه، بی‌توجهی به علایق و آرزوهای کودکان، ناکامی، احساس گناه، احساس ناامنی و نگرانی و همانندسازی با والدین و پذیرش رفتارهای بیمارگونهٔ آنان در ایجاد افسردگی تأثیر بسزایی دارد. خطر بروز افسردگی با افزایش سن بالا می‌رود و از سن چهل سالگی به بعد شیوع بیشتری دارد. در دورهٔ پیری بر اثر بیماریها و نارساییهای جسمی، بازنشستگی، بیکاری، تنهایی، مرگ ومیر عزیزان و نزدیکان و ناتوانی، احتمال بروز افسردگی، افزایش می‌یابد.

درمان

درمان افسردگی شیوه‌های متعددی داردکه باید توسط متخصص انجام شود. درمان در

سه زمینهٔ روان درمانی، دارو درمانی و شوک درمانی عملی می‌شود. روان درمانی ـ که فعالیتی کمکی به درمانجو به منظور حل مشکلات اوست ـ با اندرزدادن تفاوت دارد. درمانگر با توجه به سرگذشت زندگی فرد، عوامل ایجادکنندهٔ افسردگی را تشخیص می‌دهد. او بدون انتقاد و با احترام به گفته‌های درمانجو گوش می‌دهد و سعی می‌کند موقعیت و حالت او را بخوبی دریابد. درمانگر می‌کوشد از طریق پذیرش و حمایت و اطمینان‌دهی، قدرت سازگاری درمانجو را با محیط افزایش دهد؛ از این رو، در موارد بسیار، روان درمانی با خانواده و اطرافیان نزدیک بیمار افسرده نیز ضرورت می‌یابد. در مورد بیماران افسردهٔ حاد، درمانگر باید همواره در دسترس باشد تا هر زمان که نیاز است، درمانجو بتواند به او مراجعه کند. همچنین در روان‌درمانی سعی بر آن است که روابط اجتماعی بیمار با دیگران صمیمی شود؛ بنابراین درمانگر ممکن است مراجع را در دریافت کمک مالی، تأمین مسکن، یافتن شغل مناسب و ارجاع به مکانهایی برای دریافت کمکهای ضروری یاری دهد.

برقراری رابطهٔ عاطفی با بیمارافسرده‌ای که دچار افکار غیرمنطقی است کار ساده‌ای نیست. در عین حال مشاهدهٔ دقیق بیمار و مصاحبه با او، روش بسیار مناسبی برای جمع‌آوری اطلاعات جامع دربارهٔ رفتار و اعمال و گفتار و اندیشه‌های او محسوب می‌شود. در مورد کودکان و نوجوانان افسرده، خودداری از جرّ و بحث بیهوده، تشویق رفتارهای مناسب و مطلوب، تشویق به شرکت در فعالیتهای ورزشی و استفادهٔ صحیح از اوقات فراغت در درمان افسردگی مفید است. این تذکر لازم است که در صورت احتمال خودکشی، بستری کردن بیمار افسرده تحت نظر پزشک در بیمارستان ضروری است. درصورت اقدام به خودکشی و جان سالم به‌دربردن، مراقبت از او طی یک دورهٔ سه ماهه توصیه می‌شود تا مبادا مجدداً دست به خودکشی بزند (۳۴:۳۸۶ـ۳۸۷).

استفاده از داروهای ضد افسردگی منوآمید اسید از سالهای دههٔ ۱۹۵۰ آغاز شده است. کاهش نوراپی‌نفرین و سروتونین در مغز به ایجاد افسردگی می‌انجامد. داروهای ضدافسردگی مقدار نوراپی‌نفرین و سروتونین را افزایش می‌دهد و افسردگی را از بین می‌برد. داروهای ضدافسردگی، برخی عوارض جانبی دارد از جمله خشکی دهان،

پایین آمدن فشارخون، ضعف، یبوست و ناتوانی جنسی. چنانچه روان درمانی با دارو درمانی همراه باشد، نتیجهٔ مطلوبتری حاصل خواهد شد.

شوک درمانی زمانی تجویز می‌شود که بیمار به داروهای ضدافسردگی پاسخ مناسب ندهد و قصد خودکشی داشته باشد. پس از شش الی دوازده بار شوک بر دستگاه اعصاب مرکزی، علائم افسردگی ازبین می‌رود. چنانچه علائم افسردگی مجدداً بروز کند، درمان چهار الی شش هفتهٔ دیگرادامه می‌یابد. شوک‌درمانی نیز عوارض جانبی دارد از جمله از دست‌دادن حافظه، شکستگی ستون فقرات، اشکالات قلبی و عروقی، تغییرات فشار خون و فراموشی.

۱۱. دزدی

در جوامع متعدد ارزشهای متفاوتی حاکم است، اما در تمام جوامع بر برخی ارزشها، توافق همگانی وجود دارد. یکی از این موارد، زشت‌شمرده‌شدن دزدی است؛ بدین معنی که دزدی در تمام جوامع، صفتی نکوهیده و ناپسند به حساب می‌آید و باید پس از شناسایی علل به درمان آن اقدام شود.

دزدی از نظر لغت به معنی مال و ثروت دیگری را به صورت پنهان و غیر مشروع و بدون اجازهٔ مالک، صاحب‌شدن است. دزدی به هر صورتی که انجام گیرد باعث تضییع حقوق دیگران می‌شود. همچنین دزدی به معنی دست‌اندازی به مایملک دیگران بدون حق و از راه غیرقانونی است. دزدی از چند طریق انجام می‌شود که عبارت است از: دزدی از وسایل منازل، از وسایط نقلیه و از فروشگاهها. معمولاً دزدی توسط کودکان، ابتدا از وسایل کوچک منزل مثل شیرینی و مدادرنگی و پول آغاز می‌شود، سپس به وسایل بیشتر و بزرگتری تعمیم می‌یابد. نوع اشیای دزدیده شده توسط کودکان معمولاً به سطح اقتصاد و نوع فرهنگ و تربیت کودک در خانواده بستگی دارد.

علائم و نشانه‌ها

بین دزدها علائم کم و بیش مشابهی مشاهده می‌شود. این علائم عبارتند از: برداشتن و

پنهان‌ساختن اشیای دیگران، گاهی ربودن اشیایی که فرد به آنها نیازی ندارد، انکار خلاف بودن دزدی، تقلب و ریا، بی‌توجهی ونادیده انگاشتن حقوق دیگران، ناسازگاری اجتماعی، بی‌کفایتی و عدم اعتمادبه‌نفس، فرار از منزل و مدرسه، دروغگویی، مخفی ساختن وسایل دزدیده شده، پرخاشگری و ضرر رساندن به اطرافیان، کم‌فروشی، گرانفروشی، کم‌کاری، احساس حقارت و جیب‌بری (۶۲:۵۲).

علل

دزدی علل متفاوتی دارد و افراد مختلف به دلایل متعدد به دزدی اقدام می‌کنند. عدهٔ بسیاری عقیده دارند که دزدی عملی اکتسابی است و از یادگیری سرچشمه می‌گیرد. علل دزدی به طور کلی به سه دستهٔ علل مادی، علل روانی و علل اجتماعی طبقه‌بندی می‌شود.

۱. **علل مادی.** یکی از علل دزدی نیازهای مادی است و عده‌ای از کودکان به علت آنکه زندگی فقیرانه‌ای دارند و نیازهای اولیهٔ آنان در حد مطلوبی ارضا نمی‌شود، دست به دزدی می‌زنند. در این حالت، عدم ارضای نیازهای مادی از قبیل تغذیه ناکافی، لباس نامناسب، نداشتن پول توجیبی و اسباب‌بازی موجب می‌شود که کودک این نیازها را از طریق دزدی برآورده سازد. پدران و مادرانی که دائماً از وضع اقتصادی خود شکایت می‌کنند، کودکان را به عمل دزدی تشویق می‌کنند. در این زمینه، انگیزهٔ تملک، کودکان را وامی‌دارد تا دست به دزدی بزنند.

۲. **علل روانی.** ناکامیها و موردبی‌مهری و بی‌توجهی قرارگرفتن کودک در خانواده موجب‌می‌شود که کودک به نوعی واکنش در برابر این کمبودها دست بزند. در این مورد، سرقت که با لجبازی و دروغگویی همراه است، واکنشی نسبت به ناسازگاری کودک با محیط خانواده و انتقامجویی از والدین محسوب می‌شود. در زمینهٔ علل روانی دزدی عواملی قابل ذکر است نظیر محرومیت از محبت والدین که موجب اضطراب کودک می‌شود، جبران احساس حسادت، احساس ناامنی حاصل از رفتار خشونت‌آمیز والدین در منزل، وجود نامادری یا ناپدری، انتقام گرفتن از والدین، آرزوی به دست آوردن اشیای پرزرق و برق که جز از طریق دزدی، رسیدن به آنها برایش ممکن نیست،

صدمه زدن به دیگران به منظور تخلیهٔ عقده‌های روانی و محدودیت قائل‌شدن و سخت‌گیریهای والدین (۳۱۹:۴۰ ؛ ۸۴:۲۱).

۳. علل اجتماعی. گفتیم کودک دزدی را یاد می‌گیرد و پدر و مادر اولین الگو و سرمشق کودکان هستند. چنانچه والدین مرتکب دزدی شوند و کودک شاهد عمل آنان باشد، دزدی را می‌آموزد. همچنین کودک دزدی را از دوستان، همبازیها و همسایگان خود یاد می‌گیرد. در این زمینه، عواملی نظیر الگوهای غلط تربیتی، معاشرت با دوستان ناباب، ضعف مذهبی و سقوط ارزشهای اخلاقی، محیط اجتماعی نابسامان، عدم کنترل رفتار کودکان، قحطی، بحرانهای حاصل از جنگ و زلزله و آتشفشان، زندگی در محله‌های جرم‌زا، مهاجرت، اعتیاد، فقر و تنگدستی، میل به خودنمایی و جدایی پدر و مادر، گرایش کودک را به دزدی تشدید می‌کند.

درمان

برای درمان دزدی، باید علل و انگیزه‌های آن مشخص شود. دزدی معلول است و علل متفاوتی دارد. برخورد و مبارزهٔ صرف با معلول، مؤثر نیست و باید به رفع علل دزدی اقدام شود. در این زمینه مطالعهٔ تاریخچهٔ زندگی کودک، محرومیتها، نابسامانیها، معاشرتها و دوستان او ضروری است. همچنین باید معیّن شود که نیازهای مادی کودک تا چه حد تأمین شده است؛ زیرا اگر دزدی برای رفع نیازهای مادی انجام شود، علی‌رغم رفع مشکلات دیگر، نیاز مادی محرک قوی دزدی خواهد بود. درمان دزدی باید براساس محبت و درمحیطی آرام انجام شود. برای درمان، روشهای زیر پیشنهاد می‌شود:

۱. بدون آنکه به کودک لقب دزد داده شود، باید طوری عمل شود که کودک بداند اطرافیان متوجه عمل او شده‌اند، ولی برای آنکه رسوا نشود چنانچه قول دهد که عملش را دیگر تکرار نکند، دزدی او افشا نخواهد شد؛ به بیان دیگر، برای کودکانی که بار اول دست به دزدی می‌زنند کافی است که آنان را متوجه عمل نامناسب خود بکنیم.

۲. از کودکی که مرتکب دزدی شده است، باید شیء دزدیده شده را پس گرفت و

به صاحبش بازگرداند. در این مورد، کودک متوجه می‌شود که اعمال و رفتارش تحت کنترل دقیق قرار دارد.

۳. نصیحت کودک با شیوه‌ای صحیح در مواردی در کاهش دزدی ، همچنین درمان آن می‌تواند مفید واقع شود. جلوی دزدی را باید از همان آغاز و در سنین کودکی گرفت و باید به کودک تفهیم کرد که عملش نادرست است. در صورتی که در اصلاح رفتار کودکان سهل‌انگاری شود، اصلاح رفتار در بزرگسالی مشکل خواهد بود.

۴. روشهای دیگری که برای پیشگیری و درمان دزدی کودکان پیشنهاد شده، عبارت است از: ارضای نیازهای مادی، اعتماد به کودک، صحبت صادقانه و بی‌پرده با کودک، دورکردن وسایلی که وسوسهٔ دزدی رادرکودک افزایش می‌دهند، نشاندن کودک در کلاس در معرض دید معلم، دادن غذای رایگان به کودک در مدرسه، دادن پول توجیبی، ارزش دادن به کودک، دادن عزت نفس به کودک، بازداشتن کودک از مشاهدهٔ فیلمهایی که در آنها دزدی انجام می‌شود و ایجاد تسهیلات و امکاناتی برای سرگرمی کودکان. این یادآوری لازم است که تا حد ممکن باید از تنبیه بدنی کودک دزد، ممانعت به عمل آید و در مقابل با استفاده از استدلال، کودک با زشتی و قباحت کارش آشنا شود.

۱۲. لکنت زبان

انسان از طریق تکلم مقاصد خود را به دیگران می‌فهماند و از اهداف اطرافیان آگاه می‌شود. کودک پس از آنکه اولین کلمات را به زبان آورد، در حدود سن هجده تا بیست و چهارماهگی اولین جملات ساده را می‌سازد و با اطرافیان ارتباط کلامی برقرار می‌کند. لکنت زبان حدوداً در سنین دو تا پنج سالگی آغاز می‌شود و یک درصد افراد را در بر می‌گیرد. همچنین هنگامی که کودک آموزش دبستانی را آغاز می‌کند، بر اثر نگرانیهای عاطفی ـ اجتماعی ناشی از مدرسه و خانواده، احتمال بروز لکنت زبان افزایش می‌یابد. لکنت زبان در بین پسران بیشتر از دختران شایع است.

تعاریف لکنت زبان گرچه متعدد است همگی بر موارد مشترکی توافق و تأکید دارند. لکنت زبان نوعی اختلال دائمی یا موقتی تکلم است که به صورت تکرار، مکثهای

طولانی و ممتدگویی صداها، سیلابها یا کلمات بروز می‌کند و به علت وجود تشنج عضلانی، کودک از تولید صداها به طور عادی عاجز است و آنها را به طور غیرطبیعی و نامناسب ادا می‌کند.

شدت لکنت زبان در افراد مختلف یکسان نیست و به دو صورت کلونیکی و تونیکی مشاهده می‌شود: ۱) درحالت کلونیکی، عضلات تکلمی، بیشتر به ارتعاش در می‌آیند و فرد مجبور می‌شود معمولاً اولین سیلاب کلمه را با سرعت و تشنج، چندین بار تکرار کند؛ برای نمونه، کودک الکن، کلمهٔ «انار» را به صورت «اَ ـ اَ ـ اَ ـ اَنار» و کلمهٔ «مادر» را به صورت «م ـ م ـ م ـ مادر» تلفظ می‌کند؛ ۲) درحالت تونیکی، فرد بر اثر انقباض حرکتی دستگاه گویایی و برای تلفظ یک کلمه چند ثانیه دچار وقفه می‌شود و بشدت به خود فشار می‌آورد تا آنکه سرانجام به طور ناگهانی و با تشنج کلمه را بیان می‌کند. معمولاً حالات کلونیکی و تونیکی در الکنها همزمان است.

کودکان الکن در بیان برخی حروف و کلمات مشکلات بیشتری دارند. بیان کلیهٔ حروف و کلماتی که با بستن لبها تلفظ می‌شوند؛ مثل «ب ـ پ ـ م» و نیز حروف و کلماتی که با حرکت زبان ادا می‌گردند؛ مثل «ت ـ ث ـ س ـ ط» برای الکنها مشکل است. معلمان و والدین باید به این نکتهٔ مهم بیشتر توجه کنند و باعث وخیمترشدن مشکلات روانی ـ اجتماعی الکنها نشوند.

علائم و نشانه‌ها

کودکان الکن علائمی دارند که شناخت آنان را تسهیل می‌کند. این نشانه‌ها، بویژه هنگام تکلم بارزتر است. توجه به این موارد، مشاور را در شناخت این کودکان یاری می‌دهد. برخی علائم که در کودکان الکن بسیار مشاهده می‌شود عبارت است از:

۱. گوشه‌گیری مهمترین نشانهٔ کودکان الکن است که بر اثر آن الکن، احساس حقارت می‌کند و ساکت و آرام درگوشه‌ای می‌نشیند و از طرح هرگونه پرسش خودداری می‌کند و در نتیجه استعدادهایش شکوفا نمی‌شود. معلمان نباید کودکان الکن را در کلاس نادیده بگیرند.

۲.کودکان الکن هنگام صحبت کردن به انجام دادن بسیاری حرکات کمک کننده می‌پردازند و بدان وسیله مقصود خود رابیان می‌کنند. از جملهٔ این حرکات می‌توان از حرکات غیرطبیعی چشم، فشردن عضلات پیشانی، لرزش چانه، حرکات اضافی سر و گردن، تغییر در حالات چهره، انقباض شدید عضلات صورت، به هم زدن سریع پلکها، اخم کردن و تکان‌دادن دستها و پاها نام برد.

۳.کودکان الکن در حضور جمع دچار هیجان می‌شوند و بر شدت لکنت آنان افزوده می‌گردد. این عده در مواجهه با افراد برجسته و سرشناس دچار هیجان بیشتری می‌شوند و تکلم برای آنان مشکلتر می‌گردد؛ از این رو، معلمان نباید از کودکان الکن در موقعیتهای هیجان‌انگیز و اضطراب‌آور و در حضورجمع درس بپرسند، مگر آنکه مطمئن شوند که الکن پاسخ صحیح سؤال را بخوبی می‌داند.

نشانه‌های دیگری نظیر تکرار یا کشیده گفتن غیرعادی صداها و هجاها و مکثهای غیر عادی در تکلم، تشویق، بیان کلمات با فشار و دشواری، ترس، اضطراب، حساسیت فراوان، اختلالات تنفسی، ناامیدی و یأس، عدم اعتماد به نفس، افت تحصیلی، عوض کردن جمله یا فکر برای اجتناب از لکنت، اختلال خواب و احساس خستگی نیز در برخی الکنها مشاهده می‌شود (۳۳:۱۳۷-۱۳۹).

علل

علل بیشماری می‌تواند لکنت زبان را به وجود آورد. متخصصان از دیدگاههای مختلف به علل گوناگون توجه کرده‌اند. شناخت علل لکنت زبان برای ادامهٔ درمان، ضرورت دارد. به طور کلی می‌توان علل لکنت زبان را در عوامل عضوی، عوامل کنشی و عدم غلبهٔ طرفی مغز خلاصه کرد.

۱. **عوامل عضوی.** در این حالت وجود ضایعاتی در مغز یا در قسمتهای مختلف دستگاه گویایی ممکن است کودک را از تکلم عادی باز دارد. دستگاه گویایی انسان از سه قسمت، دستگاه تنفس (ریه‌ها، خرخره، نای)، دهان (زبان، لبها، دندانها، فک پایین و بالا) و حنجره که با چند غضروف به رباطهای صوتی متصل می‌شود تشکیل شده است.

اختلال در هر کدام از قسمتهای دستگاه گویایی می‌تواند باعث لکنت زبان شود. ضایعات مغزی ممکن است در دورهٔ قبل از تولد بر اثر عواملی نظیر بیماریهای عفونی مادر، عکسبرداری به وسیلهٔ اشعهٔ ایکس و اختلالات متابولیکی مادر پدید آیند. در لحظهٔ تولد نیز بر اثر ضربه‌های وارد شده بر جمجمهٔ نوزاد و نیز به علت آنوکسی (نرسیدن اکسیژن به نوزاد پس از تولد)، احتمال ایجاد صدمات مغزی وجود دارد. همچنین اختلالات متابولیکی، سوانح، مسمومیتها، سوءتغذیه و ضربات واردآمده بر سر کودک ممکن است در دورهٔ بعد از تولد، باعث صدمات مغزی و احتمالاً لکنت زبان شود.

۲. **عوامل کنشی.** لکنت زبان گاهی اکتسابی است و عاملی غیرعضوی موجب پیدایش آن می‌شود. در این حالت هیچگونه ضایعهٔ مغزی یا عضوی وجود ندارد و بر اثر مشکلات اجتماعی و محیطی نظیر ناراحتیهای روانی، ترس شدید، تقلید از دیگر افراد الکن، ممانعت از ابراز عقیده، تهدید ناگهانی، جدایی از والدین در سنین اولیهٔ کودکی، تشویش و احساس حقارت، احساس ناامنی، کشمکشهای درونی، خجالت وکمرویی، فقر فرهنگی، نزاع و اختلافات والدین، تولد فرزند در خانواده، سرزنش و شماتت بسیار از طرف والدین، بچه گانه صحبت‌کردن والدین باکودک، تبعیض قائل‌شدن بین فرزندان، تنبیه شدید کودک، سخت‌گیری و استبداد و خودرأی بودن و کمال‌طلبی و وسواس والدین به وجود می‌آید.

۳. **عدم غلبهٔ طرفی مغز.** عده‌ای عدم غلبهٔ طرفی مغز را در پیدایش لکنت‌زبان مؤثر دانسته‌اند. مغز انسان از دو نیمکره تشکیل شده است. هر کدام از این دو نیمکره، فرمانها را در جهت مخالف به اعضای بدن می‌فرستد؛ یعنی اعضای سمت راست بدن از نیمکرهٔ چپ مغز و اعضای سمت چپ بدن از نیمکرهٔ راست، فرمانها را دریافت و اجرا می‌کنند. برای آنکه هر یک از اعضای بدن بتواند وظایف خود را بدرستی انجام دهد، لازم است یکی از نیمکره‌ها، فعالیت مسلط خود را از دست بدهد و نیمکرهٔ دیگر فعال شود؛ در غیر اینصورت در یک زمان دو فرمان به یک عضو خواهد رسید و بر اثر ایجاد تعارض، فرمان صادره قابل اجرا نخواهد بود. براساس تحقیقات انجام شده در ۹۰ تا ۹۵ درصد افراد، غلبه با نیمکرهٔ چپ مغز است و آنان از اعضای سمت راست بدن استفادهٔ بیشتری

می‌کنند و راست دست هستند. غلبهٔ طرفی مغز معمولاً در سنین دو تا پنج سالگی حاصل می‌شود. والدین و مربیان و مشاوران باید بدانند که اگر بخواهند کودک چپ دست را با زور به نوشتن و کارکردن با دست راست وادار کنند، یا برعکس اگر کودک راست دست را به نوشتن و کارکردن با دست چپ مجبور سازند، احتمال پیدایش لکنت زبان وجود دارد؛ از این رو، بر معلمان واجب است که اعضای غالب بدن کودک را در بدو ورود به مدرسه به دقت بشناسند وبراساس آن، آموزش و پرورش کودک را آغاز کنند. برای تشخیص دست غالب کافی است توجه شود که کودک کارهایی نظیر بازکردن درب اتاق، مسواک زدن، نوشتن و برداشتن اشیا از زمین را باکدام دست انجام می‌دهد (۵۱:۱۵).

درمان

لکنت گروه کثیری از الکنها اگر بموقع مراجعه کنند قابل درمان است. هدف از درمان الکن آن است که: نخست، حروف و کلمات غلط و ناموزون او به حروف و کلمات درست و موزون تغییر یابد؛ دوم، ناراحتیها و نگرانیهای روانی الکن کاهش یافته، یا از بین برود؛ سوم، اعتمادبه‌نفس، در الکن ایجاد و تقویت شود و از گوشه‌گیری و احساس حقارت رهایی یابد؛ چهارم، رفتار اطرافیان با الکن بهبود یافته، دیگران او را به باد تحقیر و تمسخر نگیرند؛ پنجم، اختلالات عصبی و ضایعات جسمی او تحت درمان قرار گیرد.

درمان لکنت زبان تدریجی است و باید هر چه زودتر شروع شود. درمان قبل از هفت‌سالگی نتایج مطلوبی دارد. برای درمان ابتدا باید وضعیت زندگی و نوع لکنت بخوبی شناخته شود. اطلاع دقیق از زمان آغاز تکلم، نحوهٔ سخن گفتن و خصوصیات شخصیتی اطرافیان و چگونگی آغاز و علل لکنت زبان ضروری است. علاوه بر روان درمانی و مشاورهٔ کودکان الکن، موارد زیر باید مورد توجه دقیق قرار گیرد:

۱. الکن به هیچ‌وجه مورد ترحم اطرافیان قرار نگیرد و لکنت زبانش به او بازگو نشود. در موارد بسیار باید با الکن به‌گونه‌ای عمل شود که گویی هیچگونه اختلالی ندارد. در عین حال از انجام دادن هرگونه عملی که باعث تشدید احساس حقارت و تمسخر او

شود بشدت جلوگیری به عمل آید؛ برای نمونه، برخورد معلم در کلاس با کودک الکن باید به گونه‌ای باشد که اعتماد به نفس او را افزایش دهد. در این زمینه توصیه می‌شود معلم با قرار قبلی با کودک الکن و اطمینان از اینکه درس را بخوبی می‌داند، او را در زمان کوتاه و به طور تدریجی مورد سؤال قرار دهد و پیشرفتش را تشویق کند. معلم هیچگاه نباید الکن را به صحبت کردن در حضور جمع وادار سازد؛

۲. الکن تشویق شود که آهسته و شمرده صحبت کند و کلمات را به آرامی بگوید و با صدای بلند در جمع سرود بخواند. به هیچ‌وجه الکن را نباید در پاسخگویی به سؤال شتابزده کرد و در برابر پاسخهایش به عیبجویی و خرده گیری پرداخت؛

۳. باید با الکن هنگام سخن گفتن تماس چشمی برقرار ساخت و به گفته‌هایش با دقت گوش فرا داد و او را به سخن گفتن تشویق کرد و هیچگاه نباید حرفش را قطع کرد. همچنین به الکن باید آموخت که هنگام تکلم بتدریج به دیگران نگاه کند؛

۴. والدین نباید نگرانی خود را از نحوه تکلم کودکشان بروز دهند و نباید او راتحقیر و مسخره کنند و باید از دادن نامهای نادرست و نامناسب به او جداً بپرهیزند؛

۵. الکن از رژیم غذایی خاصی استفاده کند و از خوردن غذاهای تند و محرک بپرهیزد.

خلاصه

در این فصل برخی مشکلات شایع بین کودکان مطرح شد و پس از ارائهٔ تعریف و علائم و علل، روشهای درمان هر کدام بررسی گردید و گفتیم ترس، یکی از عواطف کودکان است که در محیط آموخته می‌شود. حد معینی از ترس برای ادامهٔ حیات و حفظ سلامتی لازم است، ولی اگر بیش از حد باشد زندگی را مختل و وضع روانی را بر هم می‌زند. کودکان هنگام ترس، علائم متفاوتی را بروز می‌دهند. علل ترس در کودکان مختلف، متفاوت است و عوامل خانوادگی و محیطی در پیدایش آن نقش بسزایی دارد. برای درمان ترس کودکان باید بموقع و با استفاده از روشهای مناسب اقدام شود. پیشگیری از ترس، به مراتب ساده‌تر از درمان آن است.

ناخن جویدن یکی از اختلالات عادتی است که بین کودکان شایع است و هنگام ناراحتی و عصبانیت تشدید می‌شود. ناخن جویدن با برخی علائم از جمله تیک و نگرانی و انواع اختلالات روانی و رفتاری مشخص می‌شود. اضطراب و اختلافات خانوادگی و فشارها از جمله علل ناخن جویدن است. برای درمان باید سعی شود تا عوامل ایجادکننده برطرف شود و کودک مورد توجه و محبت قرار گیرد و احساس آرامش و امنیت کند.

شب‌ادراری یکی از اختلالات شایع بین کودکان است و به معنی بی‌اختیاری ادرار و ناتوانی در نگهداری و کنترل ادرار در مواقعی است که فرد به اقتضای سنش باید بتواند این کنترل را بخوبی انجام دهد. شب‌ادراری معمولاً پس از سه سالگی بیشتر در شبها و گاهی نیز در روزها به وقوع می‌پیوندد و در پسران بیشتر از دختران دیده می‌شود. شب‌ادراری بندرت تنها رخ می‌دهد و با یک رشته علائم به هم پیوسته و مرتبط نظیر مکیدن شست، کج‌خلقی، عدم رشد عاطفی، احساس حقارت، عدم اعتمادبه‌نفس و گوشه‌گیری همراه است.

شب‌ادراری در بیشتر موارد بر اثر ناراحتی روانی حاصل می‌شود. در عین حال مجموعهٔ عوامل عضوی و روانی و فیزیکی می‌تواند موجب شب‌ادراری شود. اثر وراثت در ایجاد شب‌ادراری هنوز به طور قطعی مشخص نشده است، ولی در مواردی برخی محققان آن را مؤثر دانسته‌اند. در درمان شب‌ادراری باید به رفع مسائل روانی، اجتماعی و خانوادگی شب‌ادرار اقدام شود و همکاری همگان در درمان جلب گردد. تشدید احساس شرمساری و سرزنش کردن شب‌ادرار، وضعیت کودک را وخیمتر می‌سازد و درمان رامشکلتر می‌کند. روشهای گوناگونی برای درمان شب‌ادراری وجود دارد که برخی از آنها شامل استفاده از بازتابهای شرطی، بیدارکردن کودک از خواب، آموزش افزایش حجم مثانه و درمان دارویی است. استفاده از مجموعهٔ روشهای درمانی کارآمدتر است.

اوتیسم یکی از اختلالات دورهٔ کودکی است که با ناتوانی کودک در برقراری ارتباط با اطرافیان و اشکالات تکلمی همراه است. در کودک اوتیستیک علائم و نشانه‌های متعددی از جمله اصرار در حفظ یکنواختی و تنهایی فوق‌العاده بخوبی مشهود

است. علل بروز اوتیسم هنوز به طور قطعی مشخص نیست، ولی مجموعهٔ عوامل زیستی، محیطی و تربیتی در پیدایش آن مؤثر است. برای پیشگیری و درمان آن، روشهای متعددی پیشنهاد و روشهای شرطی عامل، با موفقیت استفاده شده است. در زمینهٔ پیشگیری باید اطلاعات وسیع و مفید از طریق رسانه‌های گروهی در اختیار عامهٔ مردم قرار گیرد.

حسادت، واکنشی نسبت به احساس خطر در مورد احتمال از دست دادن چیزی است. حسادت با استفاده از روشهای متعدد قابل پیشگیری و درمان است. والدین نباید برای درمان حسادت به تنبیه کودک بپردازند. بدخلقی، خرابکاری، قهرکردن، هجوم و آزار دیگران از جمله نشانه‌های حسادت در کودکان است. عوامل متعددی باعث حسادت کودکان می‌شوند. خانواده و مدرسه نباید رقابت را تشویق و تشدید کنند؛ زیرا باعث حسادت در کودکان می‌شود. برقراری همکاری و شرکت‌دادن کودک در بحثها و محبت کردن به او از پیدایش حسادت جلوگیری می‌کند.

پرخاشگری، رفتار و عملی تهاجمی است که به منظور صدمه رساندن جسمی یا زبانی به دیگری انجام می‌شود و به صورت آزار و اذیت و مزاحمت و تخریب ظاهر می‌شود. وجود هدف، مهمترین عامل در توجیه رفتار پرخاشگرانه است. پرخاشگری علامت مشخص و قاطعی ندارد و از یک سلسله علائم تشکیل می‌شود و برای تشخیص آن باید سوابق و موقعیت زمانی و مکانی شخص پرخاشگر مورد مطالعه قرار گیرد. پرخاشگری به صورت درونی یا بیرونی ظاهر می‌شود.

پرخاشگری از دیدگاههای مختلف علل متفاوتی دارد. در مکتب روانکاوی، پرخاشگری حالتی ذاتی و غریزی محسوب می‌شود. اختلالات زیستی، باعث بروز رفتار پرخاشگرانه می‌شوند. عوامل محیطی نامناسب نیز در پیدایش آن نقش بسزایی دارند. برای پیشگیری و درمان پرخاشگری باید به مشاوره با کودک پرخاشگر و اطرافیانش اقدام شود. اصلاح روابط اعضای خانواده، بهبود فضای تربیتی مدرسه، عدم توسل به تنبیه بدنی، آموزش رفتارهای مطلوب و عدم ارائهٔ تکالیف سنگین و خارج از توان به کودک از جمله شیوه‌های مفید برای درمان و پیشگیری از رفتار پرخاشگرانه محسوب می‌شود.

تیک، حرکات یا صداهای غیرارادی و سریع و تکراری و ناگهانی است. تیک از ناراحتیهای مختلف و ضایعات مغزی حاصل می‌شود. ناراحتی و کشمکش بین والدین، تحت فشار قرار دادن کودک، سخت‌گیری بیش از حد والدین و حرکات عادتی و تقلید از دیگران از عوامل مهم در ایجاد تیک در کودکان است. تیک با علائمی نظیر احساس بی‌کفایتی و ناامنی، تحریک‌پذیری و دیگر اختلالات مشخص می‌شود. والدین برای پیشگیری و درمان تیک باید محیط آرام و راحتی برای کودک فراهم آورند و در صورت مشاهدهٔ عارضهٔ تیک، با حفظ خونسردی به متخصص مراجعه کنند و برای درمان، اقدامات لازم را انجام دهند.

گوشه‌گیری به معنی تنهایی و در انزوا و خلوت نشستن است و گوشه‌گیر، فردی است که از حضور در جمع خودداری می‌کند و در فعالیتهای اجتماعی شرکت نمی‌جوید. گوشه‌گیری زمانی غیرعادی است که سازگاری کودک را با محیط و روابط او را با اطرافیان مختل سازد. کودک گوشه‌گیر، عبوس و غمگین و بی‌دقت و بی‌توجه است، زود مأیوس می‌شود، در درس و تحصیلاتش شکست می‌خورد، از انجام دادن کارها فراری است، بیقرار و پریشان است و به خیالبافی می‌پردازد.

عوامل متعددی موجب پیدایش گوشه‌گیری می‌شود که از آن جمله می‌توان از برآورده نشدن نیازهای کودک به طور صحیح، نواقص جسمی، کشمکشها و اختلالات خانوادگی، احساس عدم تعلق، تحقیر و سرزنش و تمسخر و حمایت افراطی همراه با اغماض نام برد. گوشه‌گیری شیوه‌های درمان گوناگون دارد و معلمان و والدین نقش بسزایی در رفع کردن آن ایفا می‌کنند. شرکت دادن کودک گوشه‌گیر در فعالیتهای اجتماعی به طریق صحیح، تقویت اعتماد به نفس، برقراری رابطهٔ عاطفی نزدیک و صمیمی و گوش دادن به کودک و رفع عواملی که زمینه‌ساز گوشه‌گیری است از جمله روشهای درمان گوشه‌گیری محسوب می‌شود.

دروغگویی از دیگر مشکلات شایع بین کودکان و بزرگسالان است و موجب اختلال در روابط اجتماعی می‌شود، از طریق دروغ، کودک واقعیت را کتمان می‌کند و با اطرافیان نوعی رابطهٔ غیرواقعی و نادرست برقرار می‌سازد و بدان وسیله به طور موقت

نیازهایش را برآورده می‌سازد. دروغگویی با علائمی از جمله فراموشی، پریشان‌گویی، افزایش ضربان قلب، پریدگی رنگ چهره، خشکی دهان، بیقراری و ناآرامی همراه است. این علائم در کودکان مختلف و در موقعیتهای گوناگون فرق می‌کند.

دروغگویی علل متعددی دارد و یک سلسله علل به هم پیوسته موجب آن می‌شود. از جمله علل دروغگویی، احساس کمبود وحقارت، جلب توجه اطرافیان، غرور و خودنمایی، پوشاندن لغزشها، تقلید از والدین دروغگو، ترس از تنبیه به دلیل راستگویی، سخت‌گیریهای بی‌مورد والدین و مربیان و احساس حقارت است. برای درمان دروغگویی همکاری صمیمی و نزدیک بین خانواده و مدرسه ضروری است. توسل به توبیخ و تنبیه‌بدنی دردرمان‌دروغگویی فایدهٔ چندانی ندارد و باید بنا به اقتضا، از روشهایی نظیر ارزش‌دادن به راستگویی، اجازهٔ بیان احساسات، تعدیل انتظارات در حد توان کودک، آگاهی دادن صحیح به کودک در محیطی سالم و محبت‌آمیز استفاده شود. تقویت اعتماد به نفس، شتابزده عمل نکردن، رعایت حقوق کودک، پند و اندرز دادن به طریق صحیح و مناسب، هشدار صحیح به کودک در مواقع مناسب، برآوردن بموقع نیازهای عاطفی و جسمی کودک و احترام به او در کاهش دروغگویی، اثر انکارناپذیری دارد. نکتهٔ قابل ذکر در پیشگیری و درمان دروغگویی آن است که در وهلهٔ نخست یافتن علل و انگیزه‌های دروغگویی بر هر کار دیگری تقدم دارد و بدون شناسایی علل، انجام دادن هرگونه عملی بیهوده و بیفایده است.

افسردگی کم و بیش برای هر فرد در هر زمان و مکان حادث می‌شود و در همهٔ سنین وجود دارد. افسردگی از دیدگاههای مختلف تعاریف متفاوت دارد. می‌توان گفت افسردگی با افکار و احساسات نامطلوب نظیر ترس، اضطراب، احساس بی‌لیاقتی و سستی و بروز اختلالات جسمی همراه است. افسردگی به سه نوع عادی، نوروتیک و پسیکوتیک وجود دارد. برخی از علائم افسردگی عبارت است از: اختلالات جسمی، پریشانی خواب، اختلالات گوارشی، کاهش تدریجی وزن بدن، اختلال قلبی و عروقی، احساس کسالت، عدم اعتماد به نفس، بی‌حوصلگی و کاهش شدید علاقه نسبت به تمام امور روزمرهٔ زندگی. عوامل متعددی در پیدایش افسردگی مؤثر است. در اینجا به نقش

عوامل ارثی، زیستی و محیطی اشاره شد. در درمان افسردگی نیز از شیوه‌های گوناگون استفاده می‌شود. روان‌درمانی، دارودرمانی و شوک درمانی از روشهای متداول درمان است.

دزدی، تصاحب مال و ثروت دیگری به صورت مخفی و غیرقانونی است که موجب تضییع حقوق دیگران می‌شود. دزدی علائم متعدّدی دارد؛ از جمله ربودن و پنهان ساختن اشیای دیگران، تقلب، نادیده گرفتن حقوق همنوعان و دروغگویی. دزدی علل گوناگون دارد از جمله می‌توان از فقر و نیازهای مادی، مشکلات روانی و نابسامانیهای خانوادگی کودک و یادگیریهای نادرست از دوستان و همبازیها نام برد. در بارهٔ درمان دزدی روشهای متنوعی وجود دارد. برای درمان آن در مرحلهٔ اول باید علت و انگیزهٔ کودک از ارتکاب به این عمل مشخص شود. کودک از طریق درمان یاد می‌گیرد که حقوق دیگران را رعایت کند و برای ارزشهای اخلاقی و اجتماعی اهمیت قائل شود و به مالکیت دیگران احترام گذارد و به ارزشمندی خویش پی ببرد.

لکنت زبان، تکرار و توقف یا کشیده گفتن تشنج‌آمیز و غیرطبیعی و غیرارادی صداها و هجاها و حروف یا کلمات است. سن آغاز لکنت زبان حدود دو تا پنج سالگی است. لکنت زبان در بین پسران بیشتر از دختران است و به دو نوع کلونیکی و تونیکی وجود دارد. لکنت زبان با یک سلسله علائم به هم پیوسته و مرتبط نظیر گوشه‌گیری، احساس حقارت، عقب‌ماندگی درسی، هیجان‌زدگی و شتاب در پاسخ دادن به سؤالات و عدم اعتماد به نفس همراه است. عوامل متعددی از جمله علل عضوی، کنش و عدم غلبهٔ طرفی مغز باعث لکنت‌زبان می‌شود. در درمان لکنت‌زبان ابتدا باید علل ایجادکننده شناسایی شود و علاوه بر مشاوره و گفتاردرمانی باید معلمان و والدین نیز نکاتی را رعایت کنند و همکاری لازم را در روند درمان بنمایند.

منابع و مآخذ

الف) منابع فارسی

۱. آزاد، حسین؛ روانشناسی مرضی کودک؛ انتشارات پاژنگ، تهران: ۱۳٦۸.

۲.اتکینسون، ریتا و همکاران؛ زمینهٔ روانشناسی؛ ترجمهٔ محمدنقی براهنی و همکاران؛ انتشارات رشد، تهران: ۱۳٦۷.

۳. احدی، حسن و شکوه‌السّادات بنی‌جمالی؛ روانشناسی رشد (مفاهیم بنیادی در روانشناسی کودک)؛ چاپ و نشر بنیاد، تهران: ۱۳٦۸.

۴. احمدی، سیداحمد؛ روانشناسی نوجوانان وجوانان؛ انتشارات مشعل، اصفهان: ۱۳٦۸.

۵. اخوّت، ولی‌اللّه؛ افسردگی؛ انتشارات رز، تهران: ۱۳٦۳.

٦. ________؛ اختلالات روانی؛ انتشارات رز، تهران: ۱۳٦۲.

۷. ________؛ روان‌درمانی؛ انتشارات آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی، تهران: ۱۳۵٦.

۸. اکسلاین، ویرجینیا؛ بازی‌درمانی؛ ترجمهٔ احمد حجّاران؛ انتشارات کیهان، تهران: ۱۳٦۵.

۹. امانت، ابراهیم؛ افسردگی و خودکشی؛ انتشارات ابن‌سینا، تهران: ۱۳۴۸.

۱۰. انجمن اولیا و مربیان جمهوری اسلامی ایران؛ «آشنایی با انجمن اولیا و مربیان»، واحد تحقیقات، تهران: ۱۳٦۹.

۱۱. ایلینگورث، رونالد س.؛ کودک و مدرسه؛ ترجمهٔ شکوه نوابی‌نژاد؛ انتشارات رشد، تهران: ۱۳٦۸.

۱۲. بهرامی، هادی؛ روانشناسی کودک؛ انتشارات دانشگاه ابوریحان بیرونی، تهران: ۱۳۵۸.

۱۳. بیرجندی، پروین؛ روانشناسی رفتار غیرعادی؛ دهخدا، تهران: ۱۳۶۲.
۱۴. پارسا، محمد؛ روانشناسی رشد کودک؛ چ ۵، انتشارات پیوند، تهران: ۱۳۶۷.
۱۵. پیشون، ادوارد و بودل، مزوفی؛ لکنت‌زبان، ماهیّت و درمان آن؛ ترجمه الما داودیان، نشر دانشگاهی، تهران: ۱۳۶۵.
۱۶. حسنی، فاطمه؛ «حسادت در کودکان»، پیوند؛ انتشارات انجمن اولیا و مربیان، شماره ۲۶، ۱۳۶۰.
۱۷. حسینی، سید مهدی؛ اصول و رُوشهای راهنمایی و مشاوره؛ انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران: ۱۳۶۹.
۱۸. راس، میچل؛ افسردگی؛ ترجمهٔ وحید رواندوست؛ انتشارات آستان قدس رضوی، مشهد: ۱۳۶۷.
۱۹. ساعتچی، محمود؛ اصول و فنون اجرای مصاحبهٔ استخدامی، ارزشیابی، مشاوره‌ای؛ انتشاراتِ امیرکبیر، تهران: ۱۳۵۶.
۲۰. سام‌آرام، عزّت‌الله؛ مددکاری اجتماعی با فرد؛ انتشارات رشد، تهران: ۱۳۶۷.
۲۱. سلیمی اشکوری، هادی؛ تازه‌های روانپزشکی کودکان و نوجوانان؛ انتشارات چهر، تهران: ۱۳۵۵.
۲۲. سیف، علی‌اکبر؛ روانشناسی پرورشی (یادگیری آموزشی)؛ چ ۳، انتشارات آگاه، تهران: ۱۳۶۳.
۲۳. سیف نراقی، مریم و نادری، عزّت‌الله؛ اختلالات رفتاری کودکان و روشهای اصلاح و ترمیم آن؛ دفتر تحقیقات و انتشارات بدر، تهران: ۱۳۷۰.
۲۴. شاملو، سعید؛ آسیب‌شناسی روانی، چ ۲، انتشارات رشد، تهران: ۱۳۶۸.
۲۵. ـــــــــ؛ کاربرد روان‌درمانی؛ انتشارات رشد، تهران: ۱۳۶۹.
۲۶. شریعتمداری، علی؛ روانشناسی تربیتی؛ امیرکبیر، تهران: ۱۳۶۶.
۲۷. شعاری‌نژاد، علی‌اکبر؛ روانشناسی رشد؛ انتشارات اطلاعات، تهران: ۱۳۶۸.
۲۸. شفیع‌آبادی، عبدالله؛ پویایی‌گروه و مشاورهٔ گروهی؛ چ ۲، انتشارات رشد، تهران: ۱۳۷۲ ـ الف.

۲۹.شفیع آبادی، عبدالله؛ راهنمایی تحصیلی و شغلی؛ چ ۲، انتشارات دانشگاه پیام نور، تهران: ۱۳۷۱ ـالف.

۳۰. ــــــــــ ؛ راهنمایی و مشاورهٔ شغلی وحرفه‌ای و نظریه‌های‌انتخاب شغل؛ چ ۵، انتشارات رشد، تهران: ۱۳۷۱ ـب.

۳۱. ــــــــــ ؛ فنون تربیت کودک؛ چ ٦، انتشارات چهر، تهران: ۱۳۷۱ ـج.

۳۲. ــــــــــ ؛ فنون و روشهای مشاوره؛ چ ۴، انتشارات ترمه، تهران: ۱۳۷۰ ـالف.

۳۳. ــــــــــ ؛ مبانی روانشناسی رشد؛ چ ٦، انتشارات چهر، تهران: ۱۳۷۲ ـب.

۳۴. ــــــــــ ؛ مقدمات راهنمایی و مشاوره: مفاهیم و کاربردها؛ چ ۲، انتشارات دانشگاه پیام نور، تهران: ۱۳۷۰ ـب.

۳۵. ــــــــــ و ناصری، غلامرضا؛ نظریه‌های مشاوره و روان درمانی؛ چ ۳، مرکز نشر دانشگاهی، تهران: ۱۳۷۲.

۳٦. عظیمی، سیروس؛ اصول روانشناسی عمومی؛ انتشارات دهخدا، تهران: ۱۳۴۸.

۳۷. فیضی، جواد؛ رفتار من با کودک من؛ سپهر، تهران: ۱۳٦٦.

۳۸. قائمی، علی؛ «انزواطلبی کودکان» ، پیوند؛ انجمن اولیا و مربیان، شماره ۱۰۰، ۱۳٦٦.

۳۹. ــــــــــ ؛ «پرخاشگری کودکان» ، پیوند؛ انجمن اولیا و مربیان، شماره ۷۹ و ۸۰،تهران: ۱۳٦۵.

۴۰. ــــــــــ ؛ خانواده و دشواریهای رفتاری کودکان؛ انتشارات انجمن اولیا و مربیان، تهران: ۱۳٦٦.

۴۱.کرومبولتز، جان و دیگران؛ تغییردادن رفتارهای کودکان و نوجوانان؛ ترجمه وتألیف یوسف کریمی؛ انتشارات فاطمی، تهران: ۱۳٦۷.

۴۲.گنجی، حمزه؛ مبانی نظری آزمونهای روانی؛ انتشارات آستان قدس رضوی، مشهد: ۱۳٦۸.

۴۳. لطف‌آبادی ، حسین؛ آزمونهای روانی ـ شناختی کودکان برای مشاورهٔ کودک؛

انتشارات آستان قدس رضوی، مشهد: ۱۳٦۹.

۴۴. لندرث، گری؛ بازی‌درمانی: دینامیسم مشاوره با کودکان؛ ترجمه خدیجه آرین؛ انتشارات اطلاعات، تهران: ۱۳٦۹.

۴۵. ماسن، هنری و همکاران؛ رشد و شخصیت کودک؛ ترجمهٔ مهشید یاسائی؛ نشر مرکز، تهران: ۱۳٦۸.

۴٦. ماک‌لین، ایزابل؛ راهنمایی و مشاورهٔ کودک؛ ترجمهٔ رضا شاپوریان؛ انتشارات امیرکبیر، تهران: ۱۳۵۵.

۴۷. معانی، ایرج؛ بیماری نامرئی: افسردگیهای روانی؛ چ ۲، انتشارات چاپخش، تهران: ۱۳٦۸.

۴۸. ملاّ صادقی، منیره؛ «پرخاشگری»، تربیت؛ وزارت آموزش و پرورش، شماره ۴، ۱۳٦٦.

۴۹. میلانی‌فر، بهروز؛ روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی؛ انتشارات مدرسه عالی پارس، تهران: ۱۳۵٦.

۵۰. نامور، مهرداد؛ «حسادت»، نشریهٔ روانشناسی؛ مرکز روانپزشکی رازی، شماره ۱۱، ۱۳٦۳.

۵۱. نلسون، ریتا ویکس و ایزرائیل، آلن‌سی؛ اختلالهای رفتاری کودکان؛ ترجمهٔ محمدتقی منشی طوسی، انتشارات آستان قدس رضوی، مشهد: ۱۳٦۷.

۵۲. نوّابی نژاد، شکوه؛ رفتارهای بهنجار و نابهنجار کودکان و نوجوانان؛ سازمان انتشارات فرهنگی و هنری ابتکار، تهران: ۱۳٦۲.

۵۳. هارلوک، الیزابت؛ بازی؛ ترجمهٔ وحید رواندوست؛ نشریوش، تهران: ۱۳٦۴.

ب) منابع خارجی

54. Adams, P.L. ; *A Primer of Child Psychotherapy;* Boston: Little Brown, 1982.

55. American Psychiatric Association; *Diagnastic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMLLLR);* Washington, D.C., 3rd ed., revised, 1987.

56. Ansbacher, H. L. & Ansbacher, R. R.; *The Individual Psychology of Alfred Adler;* New York: Harper & Row Publishers, 1967.

57. Corey, G.; *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy;* California: Brooks / Cole Publishing Co., 1991.

58. Ellis, A.; *Humanistic Psychotherapy: The Rational - emotive Approach* ; New York: The Julian Press, 1974.

59. Glasser, W.; *Reality Therapy: A New Approach to Psychotherapy*; New York: Harper & Row, 1965.

60. Hill, G.E. & Luckey,E. B.; *Guidance for Children in Elementary Schools;* New York: Appleton - Century - Crofts, 1969.

61. Ivey, A. E. & Simeke - Downing, L.; *Counseling and Psychotherapy: Skills, Theories, and Practice;* New Jersey: Prentice - Hall, Englewood Cliffs, 1980.

62. Kratochwill, T. R. & Morris, R. J.; *The Practice of Child Therapy;* NewYork: Pergamon Press, 1991.

63. Patterson, C. H.; *Theories of Counseling and Psychotherapy;* New York: Harper & Row, 1986.

64. Petersen, D. G.; *The Elementary School Teacher;*New York: Appleton - Century - Crofts, 1964.

65. Poppen, W. A. & Thompson, C. l.; *School Counseling: Theories and Concepts;* Lincoln, Nebraska; Professional Educators Publications, 1974.

66. Rogers, C. R.; *Client - Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory;* Boston: Houghton Mifflin, 1951.